



UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTRÉS Y LA PRESENCIA DE
FACTORES PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Sayanira Alejandra Melgarejo Arroyo

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán, a 9 de agosto de 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

Quiero agradecer a Dios, por permitirme vivir esta grata experiencia de cursar una licenciatura que mantiene la importancia del contacto humano para ser una mejor sociedad.

De igual manera, quiero agradecer a mis padres, que me han llevado de su mano por un buen camino y me han apoyado en todo momento, independientemente de las decisiones que haya tomado a lo largo de mi vida.

Agradezco a mis hermanos, que con un buen ejemplo me inspiran para llegar cada vez más lejos y superar lo que ellos me enseñan.

También agradezco a mi novio, mis amigos, compañeros, maestros, asesores de tesis y directivos, ya que con su apoyo, pude cumplir este sueño que ya es una realidad.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.	1
Planteamiento del problema	4
Objetivos.	5
Hipótesis.	6
Justificación.	7
Marco de referencia.	9

Capítulo 1. El estrés.

1.1. Antecedentes históricos.	13
1.2. Tres enfoques teóricos del estrés	15
1.2.1. Estrés como estímulo.	16
1.2.2. El estrés como respuesta.	17
1.2.3. Estrés como relación persona-entorno (enfoque interaccionalista)	20
1.2.3.1. El concepto integrador de estrés.	21
1.3. Los estresores.	22
1.3.1. Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos.	22
1.3.2. Estresores biogénicos.	25
1.3.3. Estresores en el ámbito académico.	26
1.3.4. Procesos del pensamiento que propician el estrés.	28
1.4. Los moduladores del estrés.	30
1.4.1. El control percibido.	31

1.4.2. El apoyo social.	31
1.4.3. Tipo de personalidad: A/B.	32
1.4.3.1. Personalidad tipo A y problemas cardíacos.	34
1.5. Los efectos negativos del estrés.	35

Capítulo 2. Trastornos de alimentación.

2.1. Antecedentes históricos de la alimentación.	38
2.2. Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.	40
2.2.1. Anorexia nerviosa.	40
2.2.2. Bulimia nerviosa.	43
2.2.3. Trastorno por atracón.	45
2.2.4. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	46
2.2.5. Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	47
2.2.6. Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia.	47
2.3. Esfera oroalimenticia en el infante.	49
2.3.1. Organización oroalimentaria.	50
2.3.2. Alteraciones en la esfera oroalimentaria.	52
2.4. Perfil de la persona con trastornos de alimentación.	54
2.5. Causa del trastorno alimentario.	56
2.5.1. Factores predisponentes individuales.	56
2.5.2. Factores predisponentes familiares.	59
2.5.3. Factores socioculturales.	61
2.6. Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario.	64
2.7. Factores que mantienen el trastorno alimentario.	68

2.8. Trastornos mentales asociados con los trastornos alimentarios.	72
2.8.1. Trastornos alimentarios y depresión.	73
2.8.2. Trastornos alimentarios y ansiedad.	74
2.9. Tratamiento de los trastornos alimentarios.	75

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica	79
3.1.1. Enfoque cuantitativo.	79
3.1.2. Investigación no experimental.	81
3.1.3. Estudio transversal.	81
3.1.4. Diseño correlacional.	82
3.1.5. Técnicas de recolección de datos.	84
3.2. Delimitación y descripción de la población.	88
3.3. Descripción del proceso de investigación.	89
3.4. Análisis e interpretación de resultados.	91
3.4.1. Trastornos alimentarios.	91
3.4.2. Descripción de la variable estrés.	95
3.4.3. Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios.	97
Conclusiones	104
Bibliografía	108
Otras fuentes de información	111
Anexos	

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo establecer el grado de influencia entre el nivel de estrés y la presencia de síntomas de trastornos alimentarios en alumnos de 5° y 6° grado de primaria del Instituto Juan de San Miguel, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ciclo escolar 2010 – 2011.

Se trabajó bajo un enfoque cuantitativo y con un tipo de investigación no experimental ya que no fue manipulada ninguna situación; así mismo el estudio es transversal con un diseño correlacional, utilizando pruebas estandarizadas para la obtención de los resultados.

Se hizo la aplicación de dos pruebas, la CMAS-R (Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada) “lo que pienso y siento”, con ella se logro medir el estrés que manejan los sujetos de investigación. Del mismo modo se aplicó la EDI 2 (Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, en su segunda edición) para obtener información sobre la presencia de síntomas de trastornos alimentarios.

La aplicación se hizo a 101 alumnos que cursan 5° y 6° grado de primaria en el Instituto Juan de San Miguel.

Al obtener puntajes en percentiles de ambas pruebas se pudo hacer la correlación, utilizando la prueba de “r” de Pearson.

Los principales resultados obtenidos es que se encontró relación significativa entre el nivel de estrés y la mayor parte de los síntomas de trastornos alimentarios.

INTRODUCCIÓN

Como parte inicial de esta investigación, se muestra la información que se considera importante para conocer a grandes rasgos la problemática a indagar; con ello, se delimita específicamente la población, las variables que se investigarán y los resultados que se esperan.

Antecedentes.

En la actualidad el estrés es una parte de la vida del ser humano, ya que se vive constantemente con presiones en varios aspectos de la vida y aún más teniendo presente la forma tan rápida en la que se vive.

Caldera y cols. (2007) refieren que el término de estrés se presentó en la década de 1930 por un joven estudiante de medicina llamado Hans Selye; en esos momentos no se le dio su nombre actual, sin embargo, después de varios estudios y experimentos se le proporcionó tal denominación.

Bajo otras fuentes se menciona que la palabra estrés fue tomada “de la física de los materiales, donde se utiliza para referirse a la fuerza que actúa sobre un objeto y que, al rebasar una determinada magnitud, produce la deformación, estiramiento o destrucción del objeto” (Palmero y cols.; 2002: 424).

Por otra parte, no se han encontrado muchos antecedentes sobre los desórdenes alimentarios, sin embargo, por parte de la American Psychiatric Association (APA; 2002), se presenta la denominación de trastornos alimentarios, los cuales están integrados dos principales padecimientos: la anorexia y la bulimia.

Para indagar un poco más sobre los términos anteriores es necesario retroceder en la historia; primeramente se abordará el término de la anorexia, el cual mencionan López y cols. (referidos en el sitio electrónico www.tallersur.com), con un antecedente histórico de 1873, año en el cual se tomó a la anorexia como un problema médico; refieren que el término anorexia se deriva etimológicamente del latín *an*, prefijo restrictivo y *orexis*, apetito, por lo tanto se traduce como falta de apetito.

Por otra parte, estos mismos autores presentan el origen de la palabra bulimia, según refieren, se deriva del griego *bous* que significa buey y *limos* que es hambre, y por ello se traduce como hambre de buey.

Hernández (2006) realizó una investigación en Saltillo, México, en la cual se indagó sobre las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia. El estudio se realizó con 200 estudiantes de primer grado de preparatoria, de los cuales 100 estudiaron en escuela pública y 100 en escuela privada; al grupo se le aplicó un cuestionario con 40 ítems que fueron fraccionados en cuatro áreas: datos generales, área familiar, imagen corporal y regulación de peso; con ello, se encontraron resultados reveladores, los cuales refieren que existe presencia de

síntomas de anorexia y bulimia en los jóvenes que pertenecen a familias desestructuradas, ya que se maneja poca satisfacción, mayor nivel de tensión, ansiedad y frustración.

Se tiene otra investigación que relaciona las dos variables de interés: el estrés y los trastornos de conducta alimentaria, la cual se realizó en Santiago de Chile en el año 2009 por Behar y Valdés; en ésta, se aplicaron a 50 pacientes con perturbaciones alimentarias y a 50 universitarias sin esta patología, cuatro tests, los cuales son: La Escala de Autoevaluación del Estrés (SRRS), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) y el Cuestionario de la Silueta Corporal (BSQ).

Los resultados arrojados a partir de dicho estudio indican que se presentó un índice más alto de estrés en las pacientes con trastornos alimentarios, sin embargo, dicho padecimiento se presentó en forma de perfeccionismo y motivación a estar delgadas, contrario en las mujeres universitarias, en las cuales se presentó con insatisfacción personal, temor a madurar y sensación de inutilidad; al finalizar el estudio se pudo concluir que en las mujeres que presentan síntomas o incluso, diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria, se le da mucha más importancia a eventos vitales estresantes que se presentan principalmente en el área familiar.

Así, se puede observar que es necesario indagar mucho más sobre este tema que aunque puede sonar trillado, es poco explorado seriamente.

Planteamiento del problema.

El estrés se ha definido como un padecimiento que causa diversas consecuencias a la salud física y psicológica; algunos investigadores han indagado sobre ello, sin embargo, no se considera que se haya investigado lo suficiente sobre el estrés relacionado con los trastornos alimentarios.

Por una parte, se ha averiguado sobre los síntomas del estrés, sus causas y las consecuencias de tener el padecimiento; por otro lado, se han realizado investigaciones exhaustivas sobre la anorexia y la bulimia considerados por la APA (2002) como trastornos alimentarios. Estas pesquisas se realizaron en varios países del mundo y bajo diferentes circunstancias, obteniendo resultados relevantes.

En la actualidad, estas dos problemáticas han incrementado su importancia, ya que se presentan en personas de todas las edades, en ambos sexos, sin importar el nivel socioeconómico y como efecto de la vida acelerada que se vive.

Considerando lo planteado anteriormente, se pretende responder a la pregunta que se presenta a continuación:

¿Existe relación entre el nivel de estrés y la presencia de indicadores de trastornos alimentarios en alumnos de 5° y 6° grado de primaria del Instituto Juan de San Miguel, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, del ciclo escolar 2010-2011?

Objetivos.

Se considera esencial en una investigación científica el correcto planteamiento de objetivos, por ello, en este apartado se plasman el objetivo general y diez particulares que se pretenden alcanzar durante el proceso de investigación.

Objetivo general.

Establecer el grado de influencia entre el nivel de estrés y la presencia de síntomas de trastornos alimentarios en alumnos de 5° y 6° grado de primaria del Instituto Juan de San Miguel, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ciclo escolar 2010 – 2011.

Objetivos particulares.

1. Definir el concepto de estrés.
2. Identificar las causas que provocan el estrés.
3. Determinar la sintomatología de la presencia de estrés.
4. Analizar los distintos enfoques teóricos que abordan el estrés.
5. Establecer la definición de trastornos alimentarios.
6. Establecer los agentes causales de los trastornos alimentarios.
7. Analizar el cuadro clínico de los trastornos alimentarios.
8. Medir el nivel de estrés de los alumnos de 5° y 6° grado de primaria del Instituto Juan de San Miguel.

9. Evaluar la presencia de rasgos psicológicos de trastornos alimentarios en los alumnos de 5° y 6° grado de primaria del Instituto Juan de San Miguel.
10. Determinar la correlación estadística entre el nivel de estrés y la presencia de síntomas de trastornos alimentarios de los alumnos de 5° y 6° de primaria del Instituto Juan de San Miguel

Hipótesis.

Al igual que el planteamiento de objetivos, se considera un elemento primordial las explicaciones tentativas, ya que darán un rumbo específico a la investigación y permitirán llegar a conclusiones específicas.

Hipótesis de trabajo.

Existe una relación significativa entre el nivel de estrés y la presencia de indicadores psicológicos de trastornos alimentarios en alumnos de 5° y 6° grado de primaria del Instituto Juan de San Miguel, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ciclo escolar 2010 – 2011.

Hipótesis nula.

No existe una relación significativa entre el nivel de estrés y la presencia de indicadores psicológicos de trastornos alimentarios en alumnos de 5° y 6° grado

del Instituto Juan de San Miguel de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ciclo escolar 2010 – 2011.

Operacionalización de las variables de investigación.

La variable estrés se identificará como el resultado obtenido de cada sujeto en la aplicación de la prueba CMAS-R, de los autores Reynolds y Richmond (1997), la cual está conformada por cuatro escalas y una más que mide la mentira en el sujeto investigador.

La variable trastornos alimentarios se identificará por el puntaje que el sujeto obtenga en el test Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) realizado por David M. Gardner (1998), dicho instrumento ubica once escalas relacionadas con los rasgos psicológicos propios de los trastornos alimentarios.

Justificación.

Existen varias investigaciones las cuales plantean problemáticas relacionadas con el estrés, sus causas y/o efectos, consecuencias y sintomatología; asimismo, los trastornos alimentarios se han abordado desde diferentes perspectivas que más adelante se exponen.

Dentro de la presente investigación se trabajó con las variables que anteriormente se mencionaron y se pretende establecer si existe relación entre ellas, respecto a lo cual no se cuenta con la suficiente información.

Esta indagatoria presenta una gran importancia, ya que proporcionará ayuda directa a los niños que cuenten con índices altos en estrés y/o indicadores psicológicos de trastornos alimentarios, puesto que esto alertará a los padres de familia a trabajar en conjunto para el bienestar del alumno.

Por otra parte, favorecerá al Instituto Juan de San Miguel, ya que podrá tener información confiable sobre los índices de estrés y de indicadores psicológicos de trastornos alimenticios entre los sujetos, para que así se pueda proporcionar una intervención interdisciplinaria que mejore las condiciones de trabajo en los niños.

En un campo más amplio, toda la información obtenida ayudará a otros profesionistas de las áreas de la salud, educativa y social, al proporcionar una pauta para hacer planes de intervención que ayuden a los niños que presenten problemáticas relacionadas con las variables trabajadas.

Específicamente, el tema presentado aporta información importante a la psicología, ya que sin importar el resultado de las hipótesis, proporciona datos que ayudarán a la realización de nuevas teorías para crear planes de intervención clínica y mejorar el bienestar de la sociedad que presente esta problemática.

Marco de referencia.

La investigación de campo aquí presentada se realizó en el Instituto Juan de San Miguel de la ciudad de Uruapan, Michoacán, el cual está ubicado en la calle Venezuela N° 51, de la colonia los Ángeles.

Esta institución educativa tiene bases de la religión católica y aunque su nombre oficial sea Instituto Juan de San Miguel, es mejor conocido como Instituto Salesiano. Sus antecedentes se remontan a Turín, Italia, a mediados del siglo XIX, con un padre llamado Juan Bosco, el cual ayudó a muchos niños y jóvenes varones que estaban en peligro de perder sus bases morales, religiosas y de fe en sí mismos, este hombre era muy apreciado por los muchachos y eran tantas sus ganas de ayudar, que para poderles dar lo que necesitaban, luchó contra mucha gente; su asistencia no se limitó a los varones, ya que después de un tiempo se apoyó de una mujer llamada María Mazzarello (madre Mazzarello), una religiosa que tenía la misma sed de apoyar a la educación y formación de los niños con desventaja económica o peligro; la diferencia se marcó porque ella tenía a mujeres en su oratorio.

Así, por un lado Don Bosco, como era llamado, fundó un oratorio para Salesianos, y por otro lado Madre Mazzarello otro para Salesianas, llamados así en honor de San Francisco de Sales, ya que Don Bosco admiraba la espiritualidad de ese personaje; con ello crea un régimen llamado “sistema preventivo” que se basa en la razón, la religión y el amor.

Actualmente existen Salesianos trabajando en 128 países del mundo, en los que tienen colegios, [centros juveniles](#), [parroquias](#), [centros de atención al niño de la calle](#), [centros misioneros](#) y cooperación con organizaciones oficiales y no gubernamentales en beneficio de la juventud más necesitada.

En lo que respecta a la institución de la ciudad de Uruapan, Michoacán, se cuenta con un plantel que brinda servicios de manera privada en los niveles de preescolar, primaria, secundaria y bachillerato, a un total de 662 alumnos, de los cuales son 31 de nivel preescolar; 298, de primaria; 200, de secundaria y 133 de bachillerato. Además se cuenta con un total de 93 personas que laboran dentro de la institución, de los cuales son seis directivos, puestos que ocupan las Sores (religiosas) de la congregación, siete administrativos, dos maestras de preescolar, 20 de primaria, 15 de secundaria, 21 maestros de, además de 12 personas de personal de apoyo (limpieza y mantenimiento); de igual manera, se cuenta con personal de asistencia en los grupos en nivel secundaria y bachillerato, seis y cuatro respectivamente.

Como ya se mencionó anteriormente, esta institución cuenta con unas bases muy sólidas de las cuales se despliega una misión importante, la cual es “educar-evangelizando a los y las jóvenes en el marco de la edad evolutiva con el método que María Santísima inspiró a Don Bosco y el estilo educativo de Santa María Dominga Mazzarello, para acompañar el desarrollo del honesto ciudadano y buen cristiano, y lograr que se inserte como persona comprometida según el

Evangelio en la Iglesia y en la sociedad“ (Folleto de información, Colegio Juan de San Miguel).

En la institución se tienen presentes valores importantes que fortalecen la formación de los alumnos, la “confianza, comunión, alegría, sentido de la fiesta, responsabilidad, solidaridad, piedad, amabilidad, libertad y espíritu de familia”; trabajando en conjunto con una visión alcanzable que es “contribuir a la creación de la cultura de vida y esperanza, asumiendo la propuesta de la más alta humanización de la persona y de la historia”.

Este proyecto educativo cuenta con más de cien años de experiencia en todo el mundo y tiene como principal objetivo brindar una educación integral para la formación de “honestos ciudadanos y buenos cristianos”.

Para obtener los resultados deseados en esta investigación se trabajó con niños de 5° y 6° grado de primaria, de los cuales se desprenden cuatro grupos: 5° “A” y 5° “B”, que presentan 24 alumnos cada uno, 6° “A” con 27 y 6° “B” con 26, sumando así 101 niños.

La infraestructura del edificio está hecha con lineamientos de seguridad y prevención para que los alumnos y el personal efectúen las medidas necesarias de evacuación en caso de una emergencia; el lugar de las aulas es un solo edificio de tres pisos en el cual se trabaja en el primer nivel: la recepción, la biblioteca, administración, dirección general, nivel preescolar y de 1° a 4° grado de primaria, con sus respectivas oficinas de dirección; en el segundo piso está el nivel de

secundaria, se ubica el laboratorio de ciencias, el departamento psicopedagógico y los grupos de 5° y 6° de primaria; en el tercer piso, está el nivel de bachillerato y se ubica tanto el laboratorio de computo como el salón de “pastoral”. Cada uno de los niveles cuenta con su oficina de dirección y su sanitario en el piso correspondiente.

Independiente de la construcción antes mencionada, la institución cuenta con un auditorio, una cafetería, una cancha pequeña de futbol, tres canchas de voleibol, una cancha de básquetbol y un área de juegos infantiles; todo ello con piso de cemento. Dentro de los límites del colegio también está una casa en la cual habitan las Sores que brindan servicios; cabe mencionar que dentro de la congregación y como parte de la formación de las Sores, es obligatorio que estudien por lo menos hasta nivel licenciatura, con el objetivo de brindar un mejor servicio a las comunidades a donde son designadas.

CAPÍTULO 1

EL ESTRÉS

Dentro de este capítulo se abordará información histórica necesaria, ello con la finalidad de conocer los orígenes de la investigación sobre el tema, asimismo, se tomarán como base los tres principales enfoques del estrés, para así, poder finalizar proporcionando una definición específica y oportuna del mismo.

Todo lo anterior auxiliará a poder comprender más lo que es el estrés, sus causas y efectos.

1.1 Antecedentes históricos

“La palabra estrés ya se utilizaba de manera ocasional y no sistemática tan temprano como en el siglo XIV, para significar dureza, momentos angustiosos, adversidad o aflicción. En el siglo XVII consiguió su primer importancia técnica cuando un prominente físico y biólogo, Robert Hooke, intentó ayudar a los ingenieros a diseñar estructuras hechas por el hombre” (Lazarus y Lazarus; 2000: 280).

Así es como citan los autores mencionados a Hooke; puntualizan que éste ayudó a proporcionar una definición a la tensión fisiológica, psicológica y social, a partir de la investigación que se hizo para realizar puentes de metal; durante ésta,

se buscó el material adecuado que pudiera soportar la carga y fuera lo suficientemente flexible, que no se rompiera, así es como se eligió el hierro forjado y no el fundido, ya que este último es muy fuerte pero se rompe con facilidad; lo anterior se asocia a la psicología tomando en cuenta que la carga que puede soportar el metal es comparable a la que una persona puede aguantar ante el estrés sin “romperse”, sino siendo lo suficientemente flexible como para adaptarse.

Por otro lado Bernard (citado por Sánchez; 2007), está de acuerdo con esta idea, ya que menciona que el ser humano tiene la capacidad de adaptarse a su medio aunque un agente externo intervenga, éste fue el inicio del rumbo que se tomó para la indagación sobre las secuelas que se obtienen al exponer a un sujeto ante alteraciones externas y con ello se pierda el equilibrio que debería existir.

Sánchez (2007) también refiere a Cannon, quien investigó la parte fisiológica del estrés, argumentando que en presencia de un factor externo se activa el sistema nervioso simpático, el cual provoca que el sujeto tome una opción de las dos siguientes: huir o atacar, dependiendo del tipo de estímulo que se presente; con lo anterior se asocian ya la parte fisiológica y la psicológica del sujeto, para dar así un panorama más amplio.

El mismo autor antes mencionado cita a Selye, quien presentó una definición específica del estrés ante la Organización Mundial de la Salud y expresó que en realidad, ante la presencia de dicha condición, el organismo muestra una conducta de retirada o de ataque mediante reacciones específicas,

fisiológicamente hablando: “las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza; los músculos se tensan para responder a la amenaza, y las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentan, de manera que la sangre es bombeada en forma más abundante y rápida para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer la respuesta al peligro” (Sánchez; 2007: 15).

Lazarus y Lazarus (2000), mencionan que la historia del término estrés puede retomarse a partir de la Segunda Guerra Mundial, cuando los militares que se tenían en combate sufrían crisis en las cuales llegaba el momento en que no deseaban salir de nuevo a luchar, esto fue llamado en algún momento “fatiga de combate” o “neurosis de guerra”. A raíz de este miedo por parte de los soldados, se fue agrandando la preocupación de los líderes militares y así se trató de buscar la manera de saber qué personas estaban aptas para poder combatir sin miedos y al mismo tiempo ser muy inteligentes para hacerlo de una manera adecuada.

Lazarus y Lazarus (2000), aclaran que este tema sigue siendo de interés desde que tomó fuerza en las décadas de los sesenta y setenta, ya que se va ampliando la aplicación a todos los ámbitos de la vida del ser humano, tomando el estrés como un impulso a movilización para enfrentarse a un problema habitual.

1.2 Tres enfoques teóricos del estrés

Se abordarán enseguida tres principales puntos de vista que examinan el fenómeno del estrés, éstos tratan de explicar lo que sucede con tal evento

psicológico, sin embargo, difieren en la forma en que lo definen, ya que parten de un punto distinto: uno de ellos es el estrés como estímulo, el otro es como respuesta y, finalmente, se abordará la interacción entre los anteriores.

1.2.1 Estrés como estímulo

Travers y Cooper (1997) mencionan que este enfoque relaciona un aspecto importante para el individuo: salud-enfermedad. Aunque fue una forma temprana en que se utilizó en la literatura, los autores explican que cualquier suceso que se presente ante el sujeto, sin importar que sea positivo o negativo, se considera un agente estresante que va a causar reacción en el sujeto y posteriormente tendrá repercusiones en su salud fisiológica.

Al retornar un poco a la historia, Travers y Cooper (1997), citan a Goodell y cols., quienes mencionan que en el siglo V a. de C., Hipócrates apoyaba el hecho que del medio ambiente estaba estrechamente relacionado con la salud-enfermedad del sujeto. Asimismo, Travers y Cooper (1997), retoman la idea y agregan que los estímulos que pueden causar estrés se derivan de una parte ambiental, una psicológica, otra fisiológica y, por último, la parte económica. Sin embargo no se limitan a encasillar qué área de la vida del sujeto causó el estrés, sino también se orientan a saber la importancia que tiene para el sujeto y el daño que puede causar tal estímulo.

1.2.2 El estrés como respuesta

Ésta es la contraparte de lo anteriormente expuesto, ya que como mencionan Jaureguizar y Espina (2005), en este enfoque no es de interés lo que provoca el estrés, ni la gravedad que causa al organismo, sino el que se presenten síntomas asociados a éste para poder comprobarse.

Por otro lado, Travers y Cooper (1997) están de acuerdo con esta idea, y citando a Fisher, ratifican que se puede observar que un sujeto estuvo en contacto con situaciones estresantes, si presenta síntomas de tensión.

En el mismo sentido, y a propósito de los síntomas, Fontana (1992) menciona a Selye, para puntualizar tres fases de un modelo de reacción contra los estresores, asigna a dichos efectos el nombre de Síndrome de Adaptación General (SAG). Las fases que se dan a conocer son: la reacción de alarma, la etapa de resistencia y el agotamiento.

Mediante una explicación de estos tres cambios, se puede mencionar que desde el primer momento en que el sujeto está expuesto ante el estímulo estresante, se da la respuesta de alarma para estar atento en actividad ya sea de huida o ataque; durante este primer momento se presentan reacciones fisiológicas mencionadas anteriormente por Sánchez (2007); posteriormente se transita a una situación en la que el organismo está soportando y al mismo tiempo va aumentando el funcionamiento psicológico, esto depende de cada sujeto; Fontana

(1992) menciona que si esta segunda etapa dura mucho, se pasa a la tercera fase en la cual se presenta agotamiento, acompañado de algún daño en el organismo y en la parte psicológica del sujeto.

Las repercusiones que se presentan en la parte fisiológica no diferencian en grado de toxicidad con referencia a la parte psicológica al tener estrés en exceso, tal como menciona Fontana (1992), al referirse específicamente a la última etapa del SAG. El autor puntualiza repercusiones también en el área psicológica, específicamente en los ámbitos cognoscitivo, emocional y conductual del sujeto.

Al plantear los efectos en el área cognoscitiva, se especifica la disminución de la concentración o la dificultad para mantenerla, con ello se presenta distracción, incluso en conversaciones cotidianas; se puede llegar a la avería de la memoria, aun de recuerdos recientes o muy familiares; las decisiones del sujeto se vuelven impredecibles y muy cambiantes, así como la velocidad de respuesta, debido a lo anteriormente mencionado; se llega a perder la capacidad de crítica objetiva, por lo tanto, la persona no logra evaluar con precisión una problemática y mucho menos tomar en cuenta las consecuencias.

Respecto a la parte afectada del área emocional del sujeto sometido a estrés excesivo, se puntualiza la presencia incrementada de hipocondría, ya que una enfermedad imaginaria se presenta fácilmente acompañada de síntomas reales y con ello, ya no se tiene la sensación de bienestar; se presentan cambios importantes y drásticos en la personalidad y aumentan las problemáticas ya

existentes, la persona está más sensible y ansiosa, presenta actitud de hostilidad; tomando en cuenta el aspecto sexual, Fontana (1992) menciona que el control de impulsos se debilita o se vuelve más agudo, es decir, se pierde el control fácilmente o se presenta rigidez exagerada; se presenta un estado de ánimo depresivo acompañado de sentimiento de impotencia, de poco valor hacia sí mismo e incompetencia.

Con respecto a las repercusiones conductuales, se presentan problemas del habla como tartamudeo; se dejan de lado los pasatiempos y el sujeto se despoja de artículos valiosos emocionalmente por la falta de motivación; se ausentan con frecuencia a sus actividades formales como el trabajo; la presencia de consumo de cualquier tipo de drogas es frecuente, ya sean prescritas o indebidas; la energía disminuye de manera drástica; se presentan dificultades en el hábito del sueño con la ausencia o la poca presencia de éste; se presentan actitudes de descaro, al culpar a los demás por errores cometidos, no quieren tomar en cuenta nueva información o reglas; las conductas extrañas e impredecibles se hacen presentes, al igual que amenazas de suicidio (Fontana; 1992).

Con todo lo anterior se pueden evaluar las importantes secuelas que pueden persistir en el ser humano al exponerse a estrés excesivo, si se toma en cuenta esta condición únicamente como una respuesta.

1.2.3 Estrés como reacción persona-entorno (enfoque interaccionista)

Ambos puntos de vista anteriores pueden integrarse para proporcionar así un enfoque más completo, aunque esto implica un incremento de complejidad, ya que, como mencionan Pearlin y cols. (citados por Travers y Cooper; 1997), es un proceso diverso, el cual implica que el sujeto se involucre de manera intelectual.

“Las personas influyen en su entorno y reaccionan ante él. En consecuencia, el estrés es esencialmente el grado de adaptación de la persona y el entorno” (Cooper y cols., en Travers y Cooper; 1997: 32), con ello se puede mencionar que el sujeto puede llegar a adaptarse a los estímulos externos, de lo contrario, se dará una reacción de estrés importante.

Al respecto, Travers y Cooper (1997), mencionan a Lazarus, quien puntualiza que la parte intelectual forma parte muy importante en la reacción de estrés, ya que con ello se da la interpretación del estímulo del medio, si éste ya ha causado estrés al sujeto, de alguna forma se le da la connotación; en esta misma línea, Fisher (citado por Travers y Cooper; 1997), agrega que en realidad lo que interesa más es la percepción que el sujeto tiene del estímulo que se considera estresante, y no específicamente el estímulo en sí.

Para poder tomar en cuenta este enfoque no se puede dejar de lado el modelo cognitivo que mencionan Travers y Cooper (1997), el cual señala cinco aspectos específicos: 1) valoración cognitiva, 2) experiencia y familiaridad con la

situación, 3) exigencia real y percibida, 4) influencia interpersonal, y 5) un estado de desequilibrio entre la exigencia y la capacidad para superar la demanda.

Por otro lado, Lazarus y Lazarus (2000) explica de otra manera cómo el estrés depende de la interacción de la persona con el entorno; este autor aclara que la presencia del estrés es a causa del exceso de estímulos que recibe el sujeto y la deficiencia de sus recursos para poder actuar ante ellos; menciona también la importancia en el equilibrio entre estos dos elementos, ya que tanto la demasía de estímulos como la demanda insuficiente, pueden causar una reacción nociva, ya que en la última se hace presente el aburrimiento.

De igual manera, se considera importante agregar que el estrés no sólo tiene una referencia negativa, debido a que, como menciona Sánchez (2007), también se puede referir a movilidad y energía, ya que se necesita cierto grado de estrés para poder motivarse y movilizarse, a esto, el autor agrega los términos eustrés y distrés para referirse a estrés positivo y negativo, respectivamente.

1.2.3.1 El concepto integrador de estrés

Existen varios conceptos de la palabra estrés, como ya se vio al inicio de la información, sin embargo, para considerar una concepción tomando en cuenta las teorías anteriores y para fines didácticos, se menciona que el estrés “es una respuesta adaptativa, medida por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual es al mismo tiempo consecuencia de una acción, situación o

evento externo que plantea la persona especiales demandas físicas o psicológicas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 23).

1.3 Los estresores

En la actualidad se relacionan diferentes situaciones de la vida como agentes causantes de estrés, sin embargo Palmero y cols. (2002) mencionan que no se ha trabajado lo suficiente en clasificaciones específicas para encasillar los tipos de estresores.

Ya se puntualizó anteriormente que el hablar de estímulos o agentes estresantes, implicar considerar un cambio, ya sea de forma positiva o negativa, aunque aquéllos sean incluso, imaginarios.

Para indagar un poco más sobre el tema, se presentará la información que se considera oportuna sobre tres grandes grupos de los cuales puede surgir el estrés.

1.3.1 Estresores psicosociales: cambios mayores, vitales y cotidianos

La opinión de Lazarus y Folkman (citados por Palmero y cols.; 2002), es que el estrés depende de la interacción que existe entre el sujeto y el medio en que se desenvuelve, con ello se puede entender de manera general a qué se refieren los factores psicosociales que provocan el estrés.

Vale la pena puntualizar tres tipos de situaciones de estrés que mencionan Lazarus y Cohen (citados por Palmero y cols.; 2002), dichos acontecimientos se consideran estresores psicosociales; cabe aclarar que se parte de que la intensidad de tal acontecimiento provoca un cambio en el sujeto.

El primer punto para tomar en cuenta son los *cambios mayores*, los cuales se refieren a estresores únicos presentados a grandes cantidades de gente y de manera radical, como los desastres naturales o el terrorismo, o bien, el hecho de sufrir importantes problemas de salud, como alguna intervención quirúrgica o una enfermedad terminal; de un modo un poco distinto, también se tomará en cuenta como un factor estresante psicosocial mayor el que ocurra una situación prolongada como el encarcelamiento o una enfermedad que dure mucho tiempo. Si bien se pueden considerar hechos muy distintos un terremoto en comparación con el encarcelamiento, el común denominador es “el efecto traumático, cuyas consecuencias se mantienen en el tiempo de forma prolongada” (Palmero y cols.; 2002: 426).

En un segundo lugar se presentan los acontecimientos vitales, que afectan sólo a una persona o a un número pequeño de éstas, y que el suceso que trasciende no se puede controlar, como la muerte de un ser querido, sin embargo, también existen situaciones en las que está estrechamente relacionado el sujeto; así como mencionan Palmero y cols. (2002), existen diversas formas de desencadenar acontecimientos menores estresantes, los cuales se presentan a continuación:

- La vida matrimonial y/o extramatrimonial, la separación o la muerte de alguno de los cónyuges.
- La paternidad y todo lo que conlleva, la responsabilidad, dificultad en la relación con los hijos o incluso la muerte de alguno de ellos.
- Las relaciones interpersonales, ya sea con amigos, vecinos, compañeros de escuela o trabajo o incluso las relaciones con el jefe.
- El área laboral o escolar, la cual incluye problemáticas que se relacionen con no poder controlar alguna consigna, reprobado alguna materia, estar en una situación de jubilación o incluso de obtener un nuevo puesto.
- Situaciones ambientales, como cambiarse de residencia o tener amenaza a perder la integridad.
- El área económica, ya sea de mal manejo o cambio drástico del estatus.
- Problemas legales, desde el hecho de tener pleitos legales hasta el estar detenido.
- Desarrollo biológico, como los cambios que se presentan al pasar por cada etapa como la adolescencia, la edad adulta y la vejez.
- Lesiones o enfermedades somáticas.
- Otros problemas inesperados, como una persecución, un embarazo no deseado o una violación.
- En el caso de niños, lo que puede ser frecuente y común son situaciones familiares, desde relaciones distantes entre los padres hasta

sufrir alguna enfermedad somática o psicológica de alguno de los miembros.

Un tercer y último tipo desencadenante de estresor psicosocial es, según lo que puntualizan Palmero y cols. (2002), son los estresores cotidianos o microestresores, los cuales suceden frecuentemente, ya que son de la vida diaria, sin embargo, éstos son menos dramáticos, ya que ante ellos se puede presentar rápidamente la recuperación o el proceso de adaptación.

1.3.2 Estresores biogénicos

Palmero y cols. (2002), cita a Everlyn, quien estructura una clasificación inicial de los estresores, los cuales los reúne en dos grandes grupos: los estresores psicosociales y los biogénicos, de los primeros ya se mencionó en el subtema anterior y por ello ahora se abordará lo que respecta a los segundos.

Los estresores biogénicos, como mencionan Palmero y cols. (2002), son aquellos en los que no interviene la cognición y actúan directamente sobre la parte neuronal y emocional, ya que se refieren a reacciones bioquímicas. Es muy común presentar estrés por agentes psicosociales, por lo cual se da el proceso cognitivo afectivo, sin embargo, se presenta también por agentes biogénicos en los cuales se dan procesos químicos directamente en el organismo; algunos ejemplos pueden ser: cambios hormonales, los cuales pueden ser a causa del desarrollo humano como el pasar a la adolescencia, a la edad adulta y presentar la

menopausia o andropausia. “En muchas mujeres el estrés causado por el desequilibrio hormonal es suficiente para causar un episodio de sobre-estrés” (Palmero y cols.; 2002: 431), dichos desequilibrios pueden ser: el ciclo menstrual, el tener un hijo, un aborto, el climaterio y el mal funcionamiento de los ovarios, ya que en este caso no se producen de forma adecuada los estrógenos y la progesterona.

Otro tipo de estresor biogénico que mencionan Palmero y cols. (2002), es la ingesta de alguna sustancia química, desde la cafeína, algún medicamento o la nicotina, hasta algún tipo de droga sintética; también son estresores biogénicos las reacciones que se presenten ante agentes del medio como el calor, frío o dolor; por último, se puede presentar un estrés alérgico, ya que una alergia requiere que el organismo utilice mucha energía para hacer trabajar el sistema inmunológico para curarse.

1.3.3 Estresores en el ámbito académico

Ya anteriormente se presentó información importante sobre los estresores y sus tipos, con ello se considera importante para fines de la investigación referirse a estresores del ámbito académico específicamente y Barraza (2003), refiere a Polo y cols., quienes puntualizan dichos estresores.

Tales puntos específicos son: exposición de trabajos, intervención durante las clases al realizar o responder preguntas, presentarse con el asesor académico

para tutoría, exceso de carga de trabajo o el tipo de éste, la competitividad entre compañeros, realizar trabajos en equipo, obstáculos que estancuen el proceso de los trabajos, falta de motivación, lugar de estudio que se considere desagradable, tiempo limitado para la elaboración de trabajos, conflictos con los compañeros y por último, las evaluaciones que se tienen que hacer para obtener una calificación o nota.

Barraza (2003), agrega que en la etapa en la que el sujeto entra y permanece en el nivel superior de estudios, se presentan otras dificultades que favorecen la presencia de estrés escolar, como el dejar el hogar paterno para estudiar en otra ciudad o viajar muchos kilómetros diariamente; el realizar la administración económica en la vida del sujeto; vivir sólo o, incluso, compartir la vivienda con otras personas; tener en cuenta las responsabilidades académicas y atender las relaciones personales con amigos, familiares y pareja; y la presencia de eventos extraescolares como un viaje o la organización de un evento, que pueden ser agradables pero también son causa de estrés.

Por otra parte, algunas respuestas coinciden ante el estrés académico específicamente; Polo y cols., citados por Barraza (2003), mencionan 12 de estas reacciones, las cuales pueden ser psicológicas, fisiológicas o conductuales:

1. Presencia de preocupación.
2. Sentimiento de miedo.
3. Pensamientos y sentimientos negativos.

4. Inseguridad en sí mismo.
5. El corazón late rápidamente y con ello la respiración es agitada, lo que genera la sensación de falta de aire.
6. Síntomas de malestar en el estómago.
7. Resequedad en la boca y dificultad para tragar.
8. Se presentan movimientos repetitivos de alguna parte del cuerpo o movimientos torpes.
9. Se presentan conductas asociadas al consumo excesivo de comida o algún agente tóxico legal, como el cigarro o el alcohol.
10. Al sujeto le pueden temblar las manos y/o las piernas.
11. En cuestión verbal, es difícil la expresión y se puede presentar tartamudeo.
12. La persona tiene ganas de llorar.

1.3.4 Procesos del pensamiento que propician el estrés

Existen formas de pensar que interfieren en una actitud positiva ante las situaciones, aún más, se dan procesos automáticos que provocan un pensamiento con distorsiones cognitivas que a su vez producen estrés. Palmero y cols. (2002), mencionan que no importa lo poco racionales que sean estos pensamientos, el sujeto los cree totalmente verdaderos y están continuamente presentes, ello impide evaluar de manera adecuada la situación y con ello se disminuye la efectividad del proceso en el que se pudiera controlar el estrés.

Palmero y cols. (2002), puntualizan algunas distorsiones frecuentes que pueden producir estrés en el sujeto: la primera es el filtraje, la cual se refiere a tomar en cuenta sólo un elemento de toda una situación, la cual queda marcada por ese simple hecho; la sobregeneralización, en la cual “se sacan conclusiones globales a partir de acontecimientos particulares” (Cungi; 2007: 87); la interpretación del pensamiento, la cual se refiere a anticiparse ante la opinión de la otra persona, además de hacer juicios sobre los demás; la polarización y la visión catastrófica, partiendo de que para el sujeto es muy bueno o muy malo, ello es parecido a lo que Cungi (2007) menciona como minimización y maximización, es decir, los éxitos son lo máximo y los fracasos son lo peor que puede suceder.

La falacia de control, es mencionada por Palmero y cols. (2002) como una distorsión frecuente, la que provoca que la persona pueda verse a sí misma como omnipotente y responsable, o bien, impotente y extremadamente controlada; de igual modo, los autores puntualizan el razonamiento emocional, el cual consiste en que la persona se considera como se siente, es decir, se racionaliza por medio de las emociones; la falacia de cambio también es una distorsión del pensamiento que consiste en que para poder lograr una modificación en la persona, debe ser presionada por otra, de los demás depende lo que se haga; por otro lado también está la culpabilidad, que se caracteriza en sentirse responsables de cualquier cosa que ocurra con las personas cercanas y con el sujeto mismo; tener la razón se refiere a las situaciones en las cuales contantemente se tiene que probar que lo que se dice es verdad, en el momento en el que no se puede comprobar algo, el sujeto ignora la información que otra persona les proporciona; y por último se

presenta la distorsión conocida como personalización, el cual da mucha importancia al sujeto mismo, ya que éste asume que cualquier comentario o acción que se realice es para sí mismo.

Todas las distorsiones cognitivas antes presentadas son pensamientos que “están entonces al servicio de la emoción y sirven para alimentar la cólera” (Cungi; 2007: 84), esto lleva a un cambio significativo y constante, por lo tanto, a estrés.

1.4 Los moduladores del estrés

Cada sujeto tiene ciertas estrategias personales y de influencia social para poder sobrellevar una situación de estrés, así como indican Palmero y cols. (2002), la forma de afrontar depende de cada suceso y de las características personales del individuo, sin embargo, existen factores que intervienen directamente para que el estrés llegue a un nivel que pueda manejarse, a los cuales Palmero y cols. (2002) nombran moduladores.

“Existen moduladores de carácter social, como el apoyo que puede recibir una persona en dificultades... y otros de carácter personal como las creencias, las competencias, la experiencia y los rasgos de personalidad” (Palmero y cols.; 2002: 527).

1.4.1 El control percibido

El control percibido consiste en creer que se puede dominar cierta situación y así poder llegar a un objetivo específico, esto lo mencionan (Fontaine y cols., citados por Palmero y cols.; 2002), agregan además que con dicho control se pueden regular las problemáticas que se presenten durante sucesos consecutivos.

Palmero y cols. (2002), refieren también a Alloy y Abramson, quienes ejemplifican cómo el control percibido puede causar cambios en la conducta; mencionan que si una persona cree tener el control de su medio, se puede proteger de consecuencias nocivas que produce el estrés, aun con el conocimiento de que estas creencias no son verdaderas.

1.4.2 El apoyo social

El apoyo social se puede definir como “provisiones instrumentales y expresivas, reales o percibidas, proporcionadas por la comunidad, redes sociales y relaciones íntimas” (Lin, citado por Jaureguizar y Espina; 2005: 42).

Por otro lado, Palmero y cols. (2002), agrega que al tener poco apoyo social, el sujeto estará más vulnerable a presentar alguna enfermedad fisiológica o mental.

Por su parte Cascio y Guillén (2010) mencionan dos hipótesis que puntualizan la forma de actuar del apoyo social con respecto a la salud

relacionada con el estrés: la primera es la explicación del efecto indirecto o protector, la cual sustenta que si una persona tiene estresores sociales, el contar con apoyo social le ayudará a superar la situación, pero si no se tiene apoyo social, se presentarán efectos negativos; la segunda hipótesis que es la del efecto directo o principal, la cual sostiene que se requiere tener un alto nivel de apoyo social, de lo contrario se tendrá un malestar psicológico, asimismo, el apoyo social se utiliza de forma preventiva y con ello se determina el grado de sensibilidad que presenta un sujeto a adjudicarse situaciones estresantes.

Con lo anterior se puede concluir que es necesario dar importancia a los grupos sociales, ya que con ello se benefician las áreas psicológica y fisiológica del individuo.

1.4.3 Tipos de personalidad: A / B.

En la recta final de los años 50's, Friedman y Rosenman (citados por Travers y Cooper; 1997), realizaron una observación en algunos de sus pacientes con problemas cardiacos, los cuales presentaban conductas similares, a estos pacientes los denominaron tipo A. El patrón de conducta que se presentaba en los sujetos se caracterizaba por "hostilidad, agresividad, competitividad y un sentido de la urgencia" (Travers y Cooper; 1997: 91).

Se considera importante hacer una aclaración que presentan los autores antes mencionados: a este tipo de pacientes, denominado A, no se les identificó

con un rasgo de personalidad como tal, sino se les encasilló por una serie de conductas abiertas que describen la forma de afrontar una situación.

Existe una serie de conductas específicas con las cuales, en la actualidad se puede identificar con facilidad a los sujetos con este tipo de personalidad A:

- Suelen completar las frases de las personas con las que hablan y presentan impaciencia ante el transcurso de los acontecimientos.
- Mencionan de manera rápida y en un tono más alto, ciertas palabras que se presentan en su vocabulario cotidiano; mencionan las últimas palabras de una frase con más rapidez que las primeras.
- Intentan hacer todas sus actividades de manera muy rápida.
- Presentan actividad polifásica, la cual se refiere a realizar varias actividades a la vez.
- Las conversaciones que ejecutan, se caracterizan por exponer los intereses y gustos personales, en caso contrario, sólo se finge escuchar y se sigue pensando en los propios intereses.
- Se tiene un sentido de la urgencia usual, en el cual se procura hacer cualquier labor en menos tiempo, cada vez que se planea.
- La atracción no se da ante otro sujeto de tipo A, ya que se suele competir contra éste.

1.4.3.1 Personalidad tipo A y problemas cardiacos

De acuerdo con las características ya mencionadas, es posible afirmar que existen más factores que incrementan la presencia de estrés entre las personas con personalidad tipo A; Cascio y Guillén (2010) mencionan que existen lazos asociados entre los sujetos mencionados y las enfermedades cardiovasculares e incluso, el índice es mayor que los asociados con la edad, el colesterol y la presión sanguínea alta, en conjunto.

Ivancevich y Matteson (1985), mencionan que existen varias aportaciones en las que se dice que la personalidad de tipo A y el estrés son sinónimos, ya que estos sujetos presencian una gran cantidad de estrés por sus propias demandas y con ello causan problemas a su propia salud, principalmente, enfermedades cardiacas (de las arterias coronarias).

La información anterior se complementa con una indagación denominada Estudio del Grupo Colaborador Occidental, abreviado WCGS, por sus siglas en inglés (Western Collaborative Group Study). Como lo mencionan Ivancevich y Matteson (1985), el estudio mencionado tomó sus inicios en la década de los sesenta del siglo pasado, evaluando a más de tres mil empleados de varias empresas que cuyas edades oscilaban entre los 39 y 59 años, con la finalidad de encontrar sujetos de personalidad tipo A. La indagatoria se realizó con dos partes complementarias, por un lado se evaluó la personalidad (tipo A o B) y por el otro

se indagó sobre la condición física; las dos inspecciones se hicieron sin el conocimiento de que existía la otra.

Este chequeo se realizó de manera anual durante varios años hasta poder tener los primeros resultados, según Rosenman y cols. (citados por Ivancevich y Matteson; 1985). Dos años y medio después, setenta hombres habían tenido alguna enfermedad cardíaca y de ellos, el 77% eran sujetos con personalidad tipo A; así fue aumentando la cifra hasta que los últimos resultados en 1975 reflejaron que 257 personas presentaban enfermedades cardíacas. “Después de 8 y medio años los hombres de tipo A tenían más del doble de la tasa de los de tipo B de enfermedades cardíacas” (Ivancevich y Matteson; 1985: 205).

Con los resultados del estudio anterior se aclara que la personalidad tipo A puede propiciar la incidencia de enfermedades cardíacas debido al estrés que se maneja.

1.5 Los efectos negativos del estrés

Se considera que las enfermedades de adaptación o causadas por estrés no se hacen presentes por un factor externo, sino que son a causa del cansancio o ineficiencia que tiene el cuerpo al enfrentarse con agentes estresores que causan reacción directa al organismo, tal como lo mencionan Ivancevich y Matteson (1985).

Sin embargo estos autores puntualizan algunas enfermedades que llaman de adaptación, las cuales se organizan en categorías en las que se da una breve explicación de la relación entre el estrés y la enfermedad:

- 1) La hipertensión: es una enfermedad que tiene que ver con los vasos sanguíneos; normalmente la sangre pasa por las arterias con mucha presión, pero cuando se presenta una situación estresante las paredes arteriales se comprimen y aumenta la presión; después de ello se debe volver a la normalidad, sin embargo en algunos casos se mantiene el nivel de presión alto, lo cual altera el organismo.
- 2) Las úlceras: éstas son lesiones que se presentan en el recubrimiento del estómago o intestino y su causa es el tener un nivel variable de la producción de cortisona, el cual es muy alto durante una situación de estrés; cuando esta circunstancia se prolonga, fácilmente se crean estas lesiones.
- 3) La diabetes: esta enfermedad se produce por la deficiencia de insulina y se considera como un problema grave, la consecuencia radica en que el sujeto no puede absorber suficiente azúcar en la sangre y lo que produce el estrés es el incremento de ésta, con ello sube la demanda de secreción de insulina, lo que causa el debilitamiento del páncreas.
- 4) Las jaquecas: con respecto a este padecimiento se puede considerar como un círculo vicioso, ya que éstas son causadas generalmente por la tensión muscular, a su vez, la jaqueca produce más tensión muscular y eso aumenta la problemática.

- 5) El cáncer: Ivancevich y Matteson (1985) mencionan que es un tema controversial dentro de las enfermedades de adaptación, ya que existen varias teorías con respecto a ello. Para dar una explicación concreta, se toma esta teoría que los autores mencionados consideran reciente, la cual se basa en las células mutantes (que son las que degeneran en cáncer): se dice que se producen constantemente en el organismo, pero el sistema inmunológico las desecha o destruye antes de que se multipliquen o hagan daño; en este sentido, las situaciones estresantes constantes provocan alteraciones bioquímicas que permiten la reproducción de estas células mutantes y aumenta el riesgo de que éstas puedan convertirse en tumores malignos.

Después de haber expuesto las definiciones, enfoques, causas y consecuencias del estrés, se expondrán en el siguiente capítulo los diferentes aspectos relativos a los trastornos de alimentación, que constituyen la segunda variable del presente estudio.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Durante este capítulo se hablará sobre la segunda variable a tomar en cuenta para la presente investigación, con ello se tomará en cuenta los aspectos específicos que ayudarán a tener una visión más amplia de lo que respecta a los desórdenes alimentarios entendidos como una problemática, la cual se abordará desde sus orígenes, las denominaciones teóricas y los factores predisponentes, para así llegar a sugerir algún tratamiento para la mejoría.

2.1 Antecedentes históricos de la alimentación

“Desde la antigüedad, en la historia de nuestra cultura encontramos conductas alimentarias desordenadas” (Jarne y Talarn; 2000: 141), así, estos autores mencionan un recorrido histórico del origen de los trastornos alimentarios en los cuales puntualizan la forma abundante y hasta exagerada en la que se comía, llegando al punto en el que el vomitar para seguir comiendo era común y, suponía una demostración de poder de los dirigentes.

Jarne y Talarn (2000), refieren a la cultura cristiana en la cual el dejar de comer representaba algo místico, ya que los iniciadores de esta religión tomaban esto como una penitencia; se menciona también a una mujer llamada Catalina de

Siena la cual se imponía este tipo de penitencias alimentándose únicamente de hierbas y pan.

Los registros de personas con este tipo de problemáticas no se dieron sino hasta el siglo XVII, ya que un poco antes de éste se presentó la curiosidad en la gente sobre cómo existirían seres humanos que pudieran vivir de muy poca comida; los casos asentados son de personas que presentaban debilidad a causa de no comer lo necesario por decisión propia.

Jarne y Talarn (2000) presentan algunos casos que despiertan la curiosidad de personas que les interesó que dejara el ayuno, tal es el caso de Marthe Taylor, en el año 1667, a causa del rechazo a la alimentación, se le presentó un cuadro de amenorrea (ausencia de menstruación) y vomitaba lo poco que comía.

Por otro lado, los autores antes mencionados refieren que Gull, un médico de Londres, trató de describir un cuadro para la anorexia, refiriendo que ésta es una patología con orígenes psicógenos, lo cual es muy parecido a la afirmación de quienes suponían un origen panhipopituitario; ya un poco más adelante fue cuando se le atribuye una etiología psicológica de tipo psicoanalítico.

“Desde los años setenta se tiene una visión más pragmática y heterodoxa del problema, ya que se considera que en la génesis del trastorno deben confluír un conjunto de factores encadenados, psicológicos, biológicos y sociales” (Jarne y Talarn; 2000: 142).

Russell (referido por Jarne y Talarn; 2000) describió un cuadro anoréxico con momentos de ingesta insaciable seguido de vómito, el autor menciona que de acuerdo con sus estudios, las conductas mencionadas eran seguidas continuamente después de tener un cuadro definido de anorexia nerviosa, a ello lo denominó bulimia nerviosa; por lo tanto aclaró que una persona que presenta anorexia nerviosa, después tendrá bulimia nerviosa por la evolución de la enfermedad y aunque el paciente no presente síntomas clínicos de la bulimia como tal, le es suficiente los síntomas subclínicos para el diagnóstico.

Por su parte y de modo más cercano a la actualidad, Jarne y Talarn (2000), enfatizan la existencia de sujetos que sin tener anorexia, presentan ingesta de grandes cantidades de comida seguido por el vómito o la aplicación de purgas de manera regular, lo cual se realiza por el miedo a subir de peso.

Con todo lo anterior se puede concluir que la anorexia y la bulimia tienen mucha relación y al mismo tiempo presentan características individuales que se fueron descubriendo al paso del tiempo y gracias a los estudios realizados.

2.2 Definición y características clínicas de los trastornos alimentarios.

En este apartado se abordarán los puntos clave para definir de manera práctica cada uno de los trastornos alimentarios que se consideran importantes para la investigación, asimismo, se inicia con el planteamiento de lo que es un trastorno alimentario, lo cual se extrajo del DSM IV-TR (Manual Diagnóstico y

Estadístico de los Trastornos Mentales), en éste se aclara que un trastorno de la alimentación está conformado por las anomalías de gravedad en la conducta alimentaria.

Jarne y Talarn (2000), mencionan que las personas que presentan esta enfermedad manifiestan una gran insatisfacción del propio cuerpo y un trastorno en la imagen corporal, acompañado de baja autoestima; por su parte la APA (2002), afirma lo anterior al especificar la alteración en la percepción de la imagen y peso corporal del sujeto.

A continuación se presentaran los diferentes tipos de trastornos de la conducta alimentaria, lo cual se considera necesario ya que es parte fundamental de la investigación.

2.2.1 Anorexia nerviosa

En esta enfermedad el sujeto trata de mantener un peso corporal por debajo de lo normal de acuerdo con su edad, peso y talla, esto lo menciona la APA (2002), asimismo refiere que cuando inicia la enfermedad, va disminuyendo el peso del sujeto; en caso de que el trastorno se presente en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, no baja el peso, pero se mantiene o no sube a pesar de que el niño crezca.

Para que se presente la pérdida de peso, se recurre a distintos métodos, el primero que pudiera presentarse es la disminución de la ingesta de alimentos con alto nivel calórico, para llegar al punto en que se tiene una dieta muy restringida. Otra técnica es el uso de purgas, ya sea que se provoque el vómito con la mano, que se usen inadecuadamente laxantes o haya consumo de diuréticos. Por último, la realización de ejercicio de forma excesiva e inadecuada, ya que la práctica se presenta en lugares y momentos inadecuados y llega a interferir en actividades diarias e importantes.

Jarne y Talam (2000) aclaran que la anorexia no es exclusiva del sexo femenino, sin embargo, es una realidad que, dentro de investigaciones realizadas, revela que es alto el porcentaje de mujeres afectadas en comparación del sexo masculino; de la misma manera, la problemática es presentada al final de la infancia, la adolescencia o al inicio de la juventud.

Las personas con esta problemática, presentan una distorsión en la silueta personal, así como del peso; están muy “preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas” (APA; 2002: 554), por ello, es constante la observación que se realiza frente al espejo y al pesarse en la báscula.

Existen alteraciones fisiológicas, psicológicas y conductuales asociadas a este trastorno: dentro de lo fisiológico, según menciona la APA (2002), se presenta amenorrea; en lo psicológico, es el miedo a ganar peso o convertirse en obeso,

así como la alteración de la percepción del peso y talla; con lo que respecta a lo conductual, es parte de lo que se menciona al inicio del subtema: lo que hacen los sujetos para perder peso o en su defecto, no aumentar.

Dentro de este trastorno existen dos tipos tomados en cuenta en el DSM IV-TR (APA; 2002): el tipo restrictivo, en el cual el sujeto recurre a dietas estrictas, ayunos o realizando ejercicios constantes para la pérdida de peso; el otro tipo es el compulsivo/purgativo, en él, la mayoría de los individuos presentan episodios de atracones y después, al sentir la culpabilidad, se recurre a conductas compensatorias como el vómito, el uso de diuréticos, purgas o enemas.

2.2.2 Bulimia nerviosa

Este síndrome tiene características similares al anterior, sin embargo, también se tiene la presencia de conductas que los diferencian; Jarne y Talarn (2000), mencionan que las personas que presentan esta problemática tienen una alteración de la alimentación ya que ésta no es regular, dentro de ella se presentan episodios de ingesta voraz de comida variada (no seleccionada), e incluso desordenada, para seguir con conductas compensatorias como las que ya se mencionaron anteriormente; la diferencia de esto último es la frecuencia con que se presentan ya que es mayor, así como los sentimientos que surgen antes, durante y después del atracón.

En las pacientes bulímicas se presentan los atracones después de situaciones bajo mucho estrés y posterior a éste surgen sentimientos de fracaso y de impotencia; la ingesta excesiva concluye hasta que el sujeto no puede comer más y con ello se producen malestares que provocan el vómito.

Otro síntoma que se considera importante para el diagnóstico de esta enfermedad, según refiere la APA (2002), se trata de la autovaloración que tiene el sujeto, ésta se encuentra influida por el peso y la silueta corporales, es decir, entre mejor sea la silueta y menor el peso, la persona bulímica es una mejor persona.

Al igual que la anorexia nerviosa, dentro de la bulimia nerviosa existen dos subtipos, los cuales son necesarios mencionar y están citados por la APA (2002): a) el purgativo, se refiere a los sujetos que se provocan el vómito y hacen mal uso de laxantes diuréticos y enemas; b) no purgativo, en éste se toman en cuenta técnicas compensatorias inadecuadas como dejar de comer, el ayuno o la práctica de ejercicio en exceso. En este último subtipo no se presentan características del primer tipo.

Existen diferencias que se pueden considerar dentro de la anorexia y la bulimia, como ya se mencionó anteriormente, ello se considera esencial ya que en ambos trastornos se presentan síntomas parecidos, las oposiciones que se plasman se extraen de Jarne y Talarn (2000): a) el inicio de la enfermedad, en la anorexia se puede presentar desde el término de la niñez, mientras que en la

bulimia es más tardía; b) en lo que concierne al tipo de dieta, para la persona anoréxica se presenta una forma metódica y bien organizada al comer, se abstienen de ciertos alimentos, mientras que en la bulímica se presenta más variedad de comida, ya que identifica los productos que contienen más calorías y aun así los consume; c) el control de peso es distinto entre ambos trastornos, mientras que en la anorexia se da un control estable, en la bulímica puede variar por la restricción de alimentos y los atracones presentados; d) respecto a la frecuencia y sentido de los atracones, en la bulimia es más frecuente la presencia de éstos, sin embargo, la necesidad de hacerlo es por la frustración de que no han funcionado sus dietas y se presenta después de una situación estresante; con la anorexia es distinto, ya que hacen aparición pocas veces y cuando sucede, también se recurre a la purga o el laxante por la culpabilidad de lo que comió.

2.2.3 Trastorno por atracón.

De esta definición ya se habló anteriormente, y aunque, como mencionan Castillo y León (2005), para el DSM IV-TR no es parte de la clasificación de trastornos alimentarios, se considera relevante aclarar que el atracón se puede presentar sin que esté acompañado de otros síntomas característicos de la anorexia o bulimia nerviosa.

El trastorno por atracón “Se caracteriza por la aparición de atracones recurrentes perdiendo, el paciente, el control sobre los mismos, sin conductas compensatorias típicas de bulimia, por ejemplo, autoprovocación del vómito, el uso

de laxantes y/o diuréticos, el ejercicio físico excesivo, etc.” (Castillo y León; 2005: 229); después del periodo de consumo excesivo de comida, se presentan en el sujeto sensaciones de disgusto, culpabilidad e incluso de depresión.

Dentro de las características diferenciales que se pueden mencionar entre los atracones que se presentan en la anorexia y la bulimia, por una parte, y el trastorno de atracón, por otra, son las siguientes: a) en el trastorno por atracón sólo se presentan los hartazgos, sin las conductas compensatorias que se dan en los otros dos trastornos; b) la razón por la que se presentan los atracones difiere, ya que en el trastorno por atracón se da después de un periodo de tensión.

Para el diagnóstico de la enfermedad, el DSM IV-TR, puntualiza que los atracones deben de presentarse al menos dos días a la semana durante seis meses, además de que el sujeto presenta “profundo malestar al recordar los atracones” (DSM IV-TR, citado por Castillo y León; 2005: 230), por otro lado, el individuo presenta una sensación de pérdida de control, al no poder parar de comer o controlar la cantidad o el contenido de los alimentos.

2.2.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Se trata de una obesidad reactiva, tal como lo mencionan Castillo y León (2005), el sujeto presenta una ingesta abundante después de una situación estresante, lo que da lugar a la obesidad; las situaciones que pueden suscitarse son duelos, accidentes e intervenciones quirúrgicas, entre otras.

2.2.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas

“Se le conoce también con el término de vómitos psicógenos e hiperémesis gravídica psicógena” (Castillo y León; 2005: 225); este trastorno se manifiesta de manera repetitiva, sin provocación por el sujeto y puede presentarse como síntoma de la hipocondría, es común durante el embarazo y suele ir acompañado con náuseas, ya que se relaciona con agentes emocionales.

2.2.6 Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

Este tipo de trastornos ocurren en la niñez y la infancia, tal como lo menciona la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, citada por Castillo y León; 2005), el síntoma principal es que el niño no acepta la comida que le proporciona el cuidador, esto puede hacerse presente acompañado de llanto y pataleos, lo cual se aleja de una conducta alimentaria normal.

Existen varias clasificaciones sobre estas problemáticas, Palmero y cols. (citados por Jiménez; 1997), proponen una de éstas basada en la naturaleza del problema y se destacan seis categorías: conductas inapropiadas en la hora de la comida, prácticas inadecuadas en la dieta, negación a tomar alimento, el tener comida triturada en la boca durante tiempo excesivo, demora o dificultad para tragar e invertir mucho tiempo en ayudar al infante a comer.

Por otra parte Linscheid (referido por Jiménez; 1997), propone cuatro categorías de problemas relacionados con la comida en el infante: pica, sobrealimentación, baja ingesta de alimento y rumiación de la comida.

Para fines prácticos y complementarios, se considera la clasificación y definiciones que proponen Castillo y León (2005), que se muestran a continuación:

- Rechazo alimentario: ello consiste en no aceptar la comida, sin embargo, puede ser un síntoma de otra patología más grave como la anorexia o ser un indicador importante en pacientes psicóticos o esquizofrénicos.
- Pica o alotriofagia: en este trastorno el niño ingiere productos que no son nutritivos como tierra, crayolas o tabique; antes de los 18 meses esta conducta puede considerarse normal, en caso de que se presente después se considera un síntoma de trastornos más graves como autismo o retraso mental. Cuando se manifiesta en adultos, es a causa de retraso mental, psicosis o demencias.
- Rumiación o mericismo: se manifiesta por la expulsión de la comida, seguido del acto de masticar y tragarla de nuevo, esto puede aparecer entre los tres y doce meses, y tiene consecuencias en la salud y el peso del infante, ya que se pierde éste último o cuesta trabajo ganarlo “Algunos autores atribuyen el origen del cuadro a una grave alteración en la relación materno-infantil” (Castillo y León; 2005: 227).

- Potomanía: se refiere a necesidad de ingerir líquidos de manera excesiva, Ajurriaguerra (1973), menciona que este trastorno puede causar problemas fisiológicos como una diabetes insípida funcional o inducida.

Se considera importante descartar un problema fisiológico antes del diagnóstico de cualquiera de estos trastornos, así como las variaciones de cantidad de comida que están dentro de lo normal, ya sea por la edad o el crecimiento del niño; por lo tanto, si durante un mes el niño presenta una tendencia clara a ganar o perder peso con estas conductas de capricho ante la presencia de comida, se puede considerar la existencia de alguno de los trastornos anteriores.

2.3 Esfera oroalimenticia en el infante

Antes de mencionar datos relevantes sobre este tema, se considera importante definir lo que es en realidad la esfera oroalimenticia. “El recién nacido posee una dotación neurofisiológica especialmente bien desarrollada” (Ajurriaguerra y Marcellly; 1996: 137).

Desde el nacimiento, el bebé presenta reflejos como los de búsqueda y succión, que le ayudan a alimentarse, sin embargo estos comportamientos instintivos son distintos de niño a niño, al igual de las conductas con las que se acompañan; algunos lloran, otros se agitan y puede ser que muestren tensión ante

la espera del alimento; la importancia de este tema radica en todo ello, y aún más, sumando el papel que juega la madre o el cuidador, ya que es la primera interacción que tiene el bebé con alguna otra persona.

Por otra parte, Ajurriaguerra y Marcelly (1996), agregan que el reflejo de succión lleva un papel importante en la interacción, después, sigue siendo indispensable para el conocimiento del mundo, al succionar lo que puede llevarse a la boca.

Todo lo anterior lleva un proceso evolutivo que es afianzado de acuerdo con las actitudes de la madre, sin embargo, el niño todavía no tiene un sentimiento de amor hacia la ella, así lo menciona Ajurriaguerra (1973), al aclarar que existe una dependencia infantil que concibe a la madre sólo como alimento, por ello, el pequeño reacciona más con los reflejos mencionados cuando tiene hambre.

2.3.1 Organización oroalimenticia

Como ya se mencionó, los automatismos o reflejos oroalimenticios aparecen desde muy temprana edad, todo ello se va afinando y evolucionando de acuerdo con las necesidades de infante, tal como lo menciona Ajurriaguerra (1973); a los ocho días el niño voltea la cabeza hacia al pecho de la mamá desde el momento en el que se le abraza de forma horizontal, al hacerlo de manera vertical, no ocurre lo mismo ya que el reflejo se presenta asociado a la forma en la

que es alzado. Estas señales de comida se mantienen de esta manera hasta el segundo mes.

Ya en el tercer mes, el bebé llora porque tiene hambre y reacciona ante la presencia de un adulto, puesto que es el proveedor, ello da paso a que poco tiempo después el niño mira a los ojos de su mamá para establecer, ahora sí, una relación más estrecha.

Klein (citado por Ajurriaguerra; 1973), presenta una aportación que se considera importante sobre la forma en que se establece esta relación entre la madre y el niño: se cree que la primera práctica de alimentación es fundamental para que el niño vaya estableciendo una conexión con la progenitora.

Existen momentos en los que el niño pierde y vuelve a tener el alimento (el pecho), ya sea por falta de leche o por simple decisión de la madre, el manejo de ello será esencial para el desarrollo emocional del infante; así que a partir de la primera interacción y sumando las posteriores, el niño hará una distinción entre el pecho bueno (el proveedor con cariño y dedicación) y el pecho malo (el que proporciona frustración y alimenta sólo por el hecho de hacerlo); de la misma manera, el niño tendrá reacciones positivas o negativas dependiendo del tipo de pecho que se le presente, según su percepción.

“Las distintas actitudes suscitadas por el niño provienen evidentemente de los propios fantasmas inconscientes o preconscientes de la madre, fantasmas

cuya reactivación puede comportar el riesgo de que la unión madre-hijo se sumerja en una situación patógena para ambos.” (Ajurriaguerra y Marcellly; 1996: 139).

2.3.2 Alteraciones de la esfera oroalimenticia

Existen diversas variaciones que difieren de un proceso de la esfera oroalimenticia que se considere adecuada, ello puede ser inicio de problemas importantes en la salud alimentaria del sujeto.

Ajurriaguerra (1973) menciona que la anorexia esencial precoz es una patología rara, pero en caso de que se presente, será en las primeras semanas de vida o incluso, el primer día, y se dará en niños con bajo peso, muy despiertos y nerviosos; estos pequeños comen muy poco y al cabo de unos meses ya no quieren hacerlo.

Otra patología es la anorexia del segundo semestre, que como su nombre lo indica, puede aparecer entre el quinto y octavo mes; se va suprimiendo poco a poco el consumo de leche hasta llegar al punto en el que el niño no quiere comer nada y puede ser que lo poco que logre comer, lo vomite.

En este segundo tipo de anorexia, se hace una pequeña clasificación realizada por Ajurriaguerra (1973), en la cual se separan en dos tipos: 1) anorexia inerte, en la cual el niño no tiene ganas de cooperar y 2) anorexia de oposición, en

la que se presentan lloriqueos, movimientos bruscos, rechazo de la comida, o incluso, vómitos para hacer saber que se rechaza la comida.

Por otro lado Kreisler (citado por Ajurriaguerra; 1973), también aporta una clasificación de la anorexia en el segundo semestre, en la cual distingue la anorexia simple de la compleja; la primera puede llegar a confundirse con una reacción de destete cuando se le cambia el alimento al niño, sin embargo, es una reacción real de rechazo en la cual no se considera pérdida de apetito; en la segunda se presentan los síntomas anteriores intensificados, el niño simplemente no muestra interés por la comida, además de que un niño anoréxico se retrasa en la regulación de esfínteres, tiene el sueño alterado y llora espasmódicamente.

Ajurriaguerra (1973), agrega que la anorexia también se puede presentar en la segunda infancia, en los niños que ya la sufrieron en la primera infancia, sin embargo también se presenta en sujetos que tuvieron una alimentación normal y el rechazo de la comida se debe a la ritualización que se presenta en el ambiente familiar respecto al alimento y/o a exigencias sobre las actitudes o al tamaño de las raciones que se desea que ingiera el niño.

Ante todo ello, lo esencial es tomar en cuenta que “los casos de anorexia más graves casi siempre responden a un conflicto en relación con la madre” (Ajurriaguerra; 1973: 186).

2.4 Perfil de la persona con trastornos de la alimentación

No se podría realizar un perfil de las personas que presentan trastornos de alimentación, aclara Costin (2003), ya que esta problemática afecta de manera significativa al sujeto, y por ende, se modifican características de personalidad, las cuales pueden volver a su normalidad cuando va disminuyendo la gravedad del trastorno. Sin embargo, el mismo autor presenta características que se pueden sobresalir entre estas personas con problemas alimentarios.

El primero de ellos es la autonomía, estas personas tratan de cubrir las demandas de los demás, cumplir con los ideales de los padres, de darse a conocer con conductas adecuadas; dichas demandas generan inseguridad en el individuo, ya que es posible que en su intento por demostrar que puede dar lo mejor, deje descontentas a algunas personas; los sujetos con trastornos alimentarios usan la delgadez como un signo de autocontrol y de ser único y especial, cuando en realidad es complicado controlar el peso, seguir dietas y mantenerse con seguridad de poder lograr el objetivo.

Los sujetos con este tipo de trastornos, presentan una autoestima baja, la cual está basada en un autoconcepto mal fundamentado, ya que la imagen está calificada por factores externos, como la apariencia y lo que piensan los demás de su aspecto físico. Esto se convierte en un círculo vicioso porque la persona enferma trata de verse bien de acuerdo con lo que los demás opinan y consideran

valioso, el sujeto adjudica estas opiniones como suyas y por ello le da vital importancia a la figura; poco a poco, todo se va agravando.

El que salgan las tareas a la perfección es también una característica de las personas con trastorno de alimentación, el someterse a dietas cada vez más estrictas y lograrlas es el síntoma de esta característica, estos sujetos quieren mantener el peso corporal que perciben como ideal, a toda costa, en caso de que encuentren una dieta más estricta, no la intentarán a menos que estén dispuestos a dar todo para que funcione; al inicio creen controlar todo en su vida, posteriormente sucede que no controlan ni siquiera su dieta.

Hay que recordar que el inicio de la enfermedad se da al entre el final de la infancia y el inicio de la juventud, así que el mayor índice se presenta en la adolescencia, que es la etapa de vida en la que la persona está vulnerable por la búsqueda de identidad y los cambios tanto físicos como emocionales, sociales y sexuales que surgen, con ello se expone la cuarta característica, que es el miedo a ser una persona madura. El cambio físico es parte relevante de este punto, éste se presenta con aumento de peso para pasar a tener un cuerpo adulto, las personas con problemas de alimentación no toleran estos cambios porque ello significa que pierden el derecho de ser inmaduros o con mente infantil.

El tener un pensamiento de niño, da la oportunidad de ir al extremo entre lo bueno y malo, entre todo o nada, e incluso entre lo obeso y lo delgado, por ello esta problemática prevalece ante la poca madurez del sujeto.

2.5 Causa del trastorno alimentario

Existen varias personas que hacen dietas, no precisamente por salud física, sino para poder ser aceptados en algún lugar o ámbito, para poder lucir como el prototipo que se maneja en los medios de comunicación o en las películas, esto se menciona en el diario Clarín (citado por Costin; 2003).

Lo anterior es sólo parte de alguna de las causas que incrementan la tasa de personas con trastornos alimentarios, el resto se dividirá en tres apartados distintos pero entrelazados entre sí, ya que involucran al sujeto.

2.5.1 Factores predisponentes individuales

Existen teorías que abordan la elección de las dietas, las cuales examinan estos factores individuales que, según Ogden (2005), intervienen el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la psicología de cada persona; tomando en cuenta lo anterior, se puede agregar el hecho de que la elección de la comida es algo muy complejo.

Puntualizando cada uno de los agentes personales, Helman (citado por Ogden; 2005), propone cinco clasificaciones que se le pueden dar a la comida: la primera se refiere a la distinción de lo comestible y lo que no lo es, lo que normalmente no se comería; la segunda se trata de lo que es sagrado para algunas personas, religiones o países, puede ser que algún animal o tipo de

comida no se debe consumir de acuerdo con sus creencias; la siguiente se define como comidas paralelas, lo cual delimita la comida tipificada como fría y la conocida como caliente; otra clasificación es la que establece cómo la comida puede curar algunos males, pero también en algunos casos provocar otros problemas físicos como en el embarazo; la última clasificación se trata de la creación de grupos sociales por medio de la comida, esta puede significar estatus o tradición.

Sin embargo, y a pesar de las clasificaciones propuestas (Ogden; 2005), la comida presenta tres significados principales: el primero es crear la diferenciación del yo, ya que la comida ayuda a establecer una identidad personal, así como lo es el inculcar que la persona que se involucra más en la cocina es la mujer, desde este punto se proporciona una identidad delimitada por el género y los roles.

Así pues, el segundo significado que propone Ogden (2005), es la interacción social; como ya se mencionó, la convivencia que se tiene en el momento en el que se cocina, se come e incluso se festeja algún suceso, interviene significativamente para la elección de una dieta, ya que la comida es el hilo conductor de momentos placenteros o negativos.

Otro significado es la identidad cultural, y eso sin duda puede intervenir con los dos anteriores, ya que tiene que ver la religión, el poder social, el estatus e incluso, la cultura frente a la naturaleza; el cómo se come en cada país, estado o región, hace sentir al sujeto como perteneciente al lugar donde vive.

Por otro lado, también existen otras situaciones que le dan un significado a la comida, como es la sexualidad, la prueba está en la publicidad que se escucha y se ve en los medios de comunicación para la venta de productos comestibles, la o el modelo que se presenta en estos casos está en adecuada forma física, presenta el producto de una forma sensual y lo consume de una forma de disfrute; con ello se arroja doble mensaje: el placer y la culpabilidad que se da en las dos situaciones presentadas, el consumo de un alimento con alto nivel calórico y el sexo; con ello, como menciona Ogden (2005), se producen la necesidad de comer y después se genera un sentimiento de odio hacia sí mismo.

En la misma línea anterior, “la comida representa también el autocontrol o la pérdida de control” (Ogden; 2005: 72), con ello Crisp, citado por el autor anterior, agrega que una persona anoréxica es muy disciplinada, ya que se abstiene y reprime de las tentaciones, con ello, puede mostrar el control que logra obtener.

Charles y Kerr (referidos por Ogden; 2005), arrojaron resultados interesantes respecto a la comida, en los cuales aclaran que los alimentos dulces se usan para que todo esté en fraternidad ya que satisfacen y hacen sentir bien a las personas; asimismo Otterloo y Van Ogtrop (citados por Ogden; 2005), puntualizan que la comida saludable no es la preferida y con ello también se crean conflictos; con ello, se puede concluir que el tipo de comida que se elija, puede crear armonía o bien, conflictos entre los sujetos.

Otro significado importante que propone Ogden (2005), es el tamaño, en el cual intervienen de manera intensiva los medios de comunicación, como ya se ha abordado anteriormente. El tamaño de cuerpo y la forma de éste, han ido cambiando con el tiempo, en la Edad Media una mujer redondeada se consideraba reproductiva y poco a poco se ha hecho más delgada hasta llegar a un aspecto masculino, con pechos muy pequeños y las mujeres con sobrepeso no son tomadas en cuenta en los medios, en tanto que la mujer ideal tomada desde el año 1959 es la muñeca Barbie, sin embargo según Brownell y Napolitano (citados por Ogden; 2005), la mujer promedio no tiene las proporciones de esta muñeca.

Lo mismo sucede con la imagen masculina: cada vez hay más exigencia en el tamaño, tanto que se cree que se debe a la influencia de las personas homosexuales. Al igual que las mujeres, se tomó un patrón a partir el muñeco Ken, propuesto por los mismos diseñadores de la muñeca (Brownell y Napolitano, señalados por Ogden; 2005).

Todo lo propuesto influye de manera individual, de acuerdo con el sentido y la psicología de cada sujeto, para crear una problemática de alimentación.

2.5.2 Factores predisponentes familiares

Resulta complicado poder identificar factores en este ámbito, ya que existen contrariedades en los resultados de varias investigaciones, ello lo menciona

Rausch (1996); de igual manera, Costin (2003), aclara que no se le puede dar todo el peso a la responsabilidad de las personas con problemas alimentarios.

Aun con estas aclaraciones, se expondrán algunas características que coinciden en las familias que tienen uno o varios integrantes con trastorno alimentario:

Costin (2003), menciona que las familias que están afectadas con esta patología carecen de comunicación afectiva, con ello se presenta poca resolución de conflictos, ya que no se sienten seguros de expresar lo que piensan y sienten.

Por otro lado, Rausch (2006) aclara que específicamente la inhibición de la agresión y la hostilidad se hace presente en las familias de las anoréxicas, sin embargo, existe esta hostilidad ya que los padres se sienten engañados, defraudados e impotentes y al mismo tiempo, la enferma se siente acorralada y observada constantemente.

La falta de flexibilidad en las reglas que regulan el orden en casa, es otra característica importante de las familias de una persona con trastorno de la personalidad y con la cual coinciden Rausch (2006) y Costin (2003); en estas familias existe mucha rigidez, eso causa problemas para afrontar situaciones nuevas y al mismo tiempo para resolver problemáticas. Parte de dicha inflexibilidad, son las expectativas muy altas que se tienen de padres hacia los hijos, las exigencias de perfección y la obligación de sobresalir en todos los

ámbitos, sin embargo, hablando específicamente de personas anoréxicas, Rausch (2006) menciona que sienten una relación más cercana con la madre que con el padre, ya que éste último suele ser excluido de varias situaciones importantes que involucran los síntomas de la enferma.

Existen estudios que puntualizan particularidades de las familias de las personas bulímicas, ello es mencionado por Rausch (2006). En dichos núcleos, ambos padres son rígidos, disciplinados al extremo, causan rivalidad entre los hermanos, las mamás suelen motivar e incluso exigir éxito social y académico pero pueden tener problemas en el control de la conducta de su hija; por su parte, los padres son depresivos y tienen cierta distancia emocional con la persona enferma y por último, existe mucha tensión en la familia en general.

“Para una joven que crece en el seno de una familia donde el cuidado de la imagen externa es lo fundamental, donde la figura y el peso corporal ocupan un lugar predominante en las preocupaciones de los adultos, es muy difícil escapar de esa influencia” (Costin; 2003: 83).

2.5.3 Factores socioculturales

Existen cifras alarmantes que van en aumento con respecto a las personas con trastornos de alimentación, de las cuales destacan que el 42% de las mujeres encuestadas de la Clínica de Trastornos de Alimentación, en Canadá (citado por

Costin; 2003), aclaran que lo que les haría más felices es bajar de peso, y el 90% de las mujeres están insatisfechas con su apariencia física.

Con lo anterior, es evidente que seguir el estereotipo de delgadez es esencial para la autoestima de estos sujetos, sin embargo, la presión social juega un papel esencial para poder cumplir con tal delgadez.

“El contexto sociocultural premia a la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura” (Costin; 2003: 59), por ende, se considera que los trastornos alimentarios son más frecuentes en las sociedades industrializadas, ya que en ellas se presenta una presión mucho más fuerte sobre la moda.

Costin (2003) aclara que estos trastornos no afectan de la misma manera a todas las clases sociales, es decir, que en las clases media y alta existe un número alto de personas con trastorno alimentario, ya que la delgadez también es símbolo de estatus social; los pocos casos de personas de clase baja, se tratan de sujetos que por alguna razón están involucrados con otros de clase media o alta y se adjudican los modelos ideales y las conductas para ser como ellos.

La segunda causa sociocultural involucra solamente a las mujeres o mejor dicho, la exigencia de una supermujer: ser la más bonita, la más atractiva, la más inteligente, la mejor mamá, la mejor esposa, agradable, simpática y saludable, son algunas de las características que se mencionan en la larga lista de lo que una mujer debe ser para la sociedad actual.

Desgraciadamente se hace mucho hincapié en los logros perfeccionistas que se le exigen y ello, como ya se mencionó anteriormente, es parte del perfil de una persona con trastorno alimentario; la necesidad de cumplir las demandas de la sociedad en un aspecto del que se cree tener el control, como es el peso corporal, puede dar seguridad a la mujer, ya que al tener la figura perfecta, puede mostrar o asumir las características socialmente ideales.

Así como existen estas causas dentro de los factores socioculturales, hay otros prejuicios que también presionan los cuales no precisamente se basan en las personas delgadas, al contrario: Costin (2003), menciona que estos prejuicios están relacionados con la obesidad, el primero es que estas personas tienen sobrepeso por comer mucho, lo cual no es así, ya que la obesidad tiene otras causas; el segundo es que los obesos presentan más problemas psicológicos; con respecto a ello, las indagatorias aclaran que estas dos líneas no tienen relación entre sí.

En lo que respecta a la mortalidad de las personas obesas, que se cree que es más alta en comparación de las personas delgadas, es totalmente lo contrario; es verdad que la obesidad excesiva es causa de muchos problemas de salud, sin embargo, se ha dado a conocer que existe mayor mortalidad en personas con bajo peso.

Los tres factores anteriores intensifican la problemática de una adolescente la cual, como menciona Costin (2003), es una presa fácil de la enfermedad y de una sociedad que exceptúa a los que no tienen el cuerpo ideal, sin embargo, el

riesgo es alto, ya que “cuanto más tiempo se mantenga crónico un trastorno alimentario, mayor será el desajuste que produzca en la personalidad de quien lo padece, así como en la vida familiar” (Rausch; 2006: 44).

2.6 Percepción del cuerpo en el trastorno alimentario

Las características que se atribuyen al propio cuerpo de acuerdo con lo que crea la mente, da como resultado la imagen corporal que se tiene, esto lo define Schilder (referido por Ogden; 2005); a partir de ello, varios investigadores se han interesado en la insatisfacción corporal la cual se puede tener tres perspectivas distintas según Ogden (2005):

- 1) La primera consiste en tener la imagen del propio cuerpo deformada, generalmente esta deformación se da en forma negativa, es decir, la persona siente que su cuerpo es más voluminoso de lo que en realidad es; la gran mayoría de las mujeres presentan esta problemática, independientemente de que tengan o no trastornos alimentarios.
- 2) La segunda perspectiva es la gran diferencia que existe entre lo real y lo ideal con respecto a la forma del cuerpo, de acuerdo con Stunkard, Sorensen y Schulsinger (citados por Ogden; 2005), y como resultado de diversos estudios realizados, se demuestra que la mayoría de las

mujeres quisieran ser más delgadas de lo que en realidad son y a los hombres les agradaría ganar volumen, sin llegar a la obesidad.

- 3) La tercera y última representación señalada por el autor se refiere a respuestas negativas sobre el cuerpo, la cual mezcla tanto los sentimientos como los pensamientos en forma de desaprobación, de ello se desprenden las preocupaciones del exceso de volumen de alguna parte del cuerpo o la conciencia que se toma cuando se está ante una persona más delgada o en mejor forma.

Cualquiera que sea la perspectiva que se tome, es evidente la inconformidad con el propio cuerpo y la discrepancia que existe entre lo que se quisiera y lo que se es; en todo ello influyen los medios de comunicación, tal como lo menciona Ogden (2005), todos ellos, incluyendo el periódico y el cine, presentan imágenes del hombre y la mujer presuntamente ideales, los cuales anuncian objetos comida o ropa relacionados con el esbelto aspecto físico.

Para estos medios, una mujer delgada es el ideal y lo normal, al mismo tiempo, una mujer gruesa es sinónimo de obesidad y poca aceptación en el medio, sin embargo la insatisfacción corporal que no sólo se desprende de los medios de comunicación, sino que también pueden influir la cultura, la familia y la psicología de la persona.

Ogden (2005), se basa en algunas investigaciones para referir que el pertenecer a una clase social alta, ser blanca, asiática o negra puede relacionarse

con la aparición de insatisfacción corporal, sin embargo, también aclara que existen otros estudios que concluyen lo contrario o no encuentran relación entre la cultura y la insatisfacción corporal, por ende, no se puede involucrar mucho a la cultura como factor precipitante.

Por otro lado “en particular, ha destacado el papel de la madre e indicado que las madres descontentas con su propio cuerpo comunican esa sensación a sus hijas” (Ogden; 2005: 107), por lo tanto, las hijas de personas con trastornos alimentarios presentan más insatisfacción que las de mujeres que no tienen este tipo de problemas, sin embargo, al igual que la cultura, existen resultados contradictorios y por ello no se puede culpar del todo a la familia por la existencia de insatisfacción corporal.

Mumford, Whitehouse y Plattsme, así como Hill y Bhatti (mencionados por Ogden; 2005), puntualizan que las creencias juegan un papel importante en el desarrollo de la insatisfacción corporal, con ello, se quiere decir que no es realmente lo que se escuche, sino lo que se cree y cómo se cree de todo lo que se escucha.

Por otro lado, se considera importante tomar en cuenta la dinámica que se da en las relaciones fundamentales, generalmente, lo que sucede con las madres de las anoréxicas y bulímicas es una demanda exagerada, la cual corta la autonomía que pudiera existir en la enferma, con ello se puede concluir que “las relaciones entre madre e hija influyen en la insatisfacción corporal a través de la

naturaleza de la relación y no de la provisión de un modelo de rol” (Ogden; 2005:110).

Este problema se hace presente a la par de consecuencias evidentes, pero que se pueden disfrazar, ya pueden incluirse en la vida cotidiana; según Ogden (2005), el 70% de las personas de sexo femenino se someten a algún régimen alimenticio en su vida y el 40% pueden mantenerlo durante toda ella, así que esta es una de las consecuencias.

Otra secuela importante es el crearse el hábito de fumar, para usarlo como medio para perder peso; por otro lado se encuentra la motivación para ejercitarse, la cual surge con la necesidad de perder peso, moldear la figura y sentirse más atractivo, aunque el motivo de la realización de ejercicio debería ser la salud física.

Por último, está la cirugía estética, la cual es utilizada por un porcentaje bajo, pero que va en aumento; las operaciones destacadas son la rinoplastia, implantes de pecho y liposucción, lo que hasta ahora está en discusión es que sea el reflejo de la seguridad y control que sientan las personas ante su propio cuerpo. Con respecto a este tema, todavía no se tiene claro si las cirugías estéticas disminuyen la insatisfacción corporal.

Todo lo que se mencionó anteriormente encasilla a las problemáticas que se presentan con las personas con inconformidad física, pero Jarne y Talarn

(2000), proponen el término trastorno de la imagen corporal, para ello definen a la imagen corporal con un aspecto cognitivo y otro emocional.

Así, la imagen corporal para los autores es por una parte, la percepción del cuerpo mismo de acuerdo con lo que se piensa y por otro lado, son los sentimientos que se le otorgan, con ello se da a conocer que el trastorno de la imagen corporal se puede dar en esas dos líneas: en lo cognitivo, el sujeto no expresa una realidad de sus dimensiones corporales, es decir, no expresa lo que en realidad ven los demás; en lo emocional, es la insatisfacción que se tiene del cuerpo.

Las pacientes anoréxicas presentan trastornos en la imagen corporal en distintas direcciones: “un trastorno del propio concepto corporal, un trastorno de percepción e interpretación cognitiva de sus propios estímulos interoceptivos y una sensación de no control respecto a las propias funciones corporales” (Jarne y Talarn; 2000: 144).

2.7 Factores que mantienen los trastornos alimentarios

En este apartado se describirá parte de las causas que mantienen presente un trastorno alimentario, estas las llama Costin (2003) factores perpetuantes, lo cual se refiere a contribuir para dar duración a una situación, en este caso, a la enfermedad.

Para dar explicación sobre ello, se aborda una investigación realizada en Minnessota, Estados Unidos, en los años cuarenta y referida por Costin (2003). Se describe el experimento en tres etapas, la primera de las cuales tuvo una duración de tres meses y en la cual sólo se observaron la conducta, la personalidad y los patrones alimenticios de 36 varones sanos tanto física como psicológicamente; en la segunda etapa fue restringida la dieta a la mitad, causando un baja de peso hasta del 25% en comparación con el peso original y tuvo una duración de seis meses; la tercera y última etapa fue la de recuperación, que duro tres meses, en la cual fue introducida la dieta inicial de cada uno de los 36 sujetos.

Se toma en cuenta esta investigación para demostrar cómo las personas sanas pueden presentar alteraciones que pueden suceder en anorexia o bulimia al momento de restringir el alimento, tales variaciones son los factores perpetuantes de estos trastornos.

El primero, que menciona Costin (2003), es el de los cambios en el estado de ánimo, el cual desciende considerablemente, incluso, como sucedió en la investigación, algunas personas pueden sufrir depresión profunda y producir pensamientos obsesivos que involucran los alimentos.

Con lo que respecta a las personas que sufren de trastornos alimentarios, éstas toman mucho en cuenta, para la realización productiva de su vida, la elección de una profesión que esté relacionada con la comida, ya que en la vida cotidiana las actividades que se realizan van en torno a ello, cocinan para otros y lo disfrutan, sin embargo cuando se trata de la hora de comer, prefieren hacerlo en

silencio y dar absolutamente toda su atención a la comida por medio de actividades monótonas de tipo ritual. Esto sucedió también en los sujetos del experimento, que se ensimismaban al momento de comer.

Dentro del experimento, existe otro resultado que se considera importante, ya que interviene una reacción con relación al apetito, éste fue incrementando en la segunda etapa y se volvió insoportable por la mayoría de los sujetos; los pocos que toleraron este aumento de hambre y siguieron su dieta como estaba estipulado, siguieron bajando de peso, eso también sucede con las personas que padecen anorexia nerviosa.

Costin (2003), agrega que muchos de los hombres del experimento presentaron síntomas bulímicos como atracones, seguido de conductas compensatorias, especialmente el vómito y ejercicio excesivo. Después de estos episodios se presentan sentimientos negativos que llevan a un estado de ánimo bajo, acompañado de síntomas fisiológicos como dolores de cabeza, problemas gastrointestinales y pocas ganas de realizar cualquier actividad.

Este estado depresivo también promueve consecuencias sociales, ya que no se apetece la convivencia grupal y se tiene poco interés en las relaciones amorosas y también en lo sexual; dentro del experimento, “en el periodo de rehabilitación, la recuperación del interés social y sexual demoró entre tres y ocho meses en restablecerse.

La segunda parte es la de transformaciones físicas, para ello Costin (2003) enlista una serie de síntomas que incluyen dolores de cabeza, sensibilidad y dolor en la vista y el oído, problemas gastrointestinales, adormecimiento de pies o manos, calambres, caída de cabello, pérdida de temperatura corporal, cambios en el ritmo cardiaco, amenorrea, deshidratación y debilidad en los músculos.

El autor aclara que estas crisis fisiológicas suceden por la poca ingesta de alimento, el organismo no puede funcionar de forma habitual porque no tiene las calorías necesarias, por ello disminuye el trabajo del metabolismo y del cuerpo en general, en consecuencia, se hacen presentes los ánimos disminuidos.

Los síntomas presentados fueron reiterados durante en experimento en Minnessota, en el cual, la velocidad del metabolismo de los sujetos de estudio disminuyo hasta un 40%; los que mantuvieron una dieta más alta, aunque no fue estrictamente la indicada, tuvieron una rehabilitación más pronta. Las conclusiones presentadas por Costin (2003), con respecto al experimento, expresan que la adicción la causa la dieta misma, el régimen que se lleva para lograr bajar de peso y no la comida en sí, por lo tanto, comparando a los sujetos de estudio y las personas con trastornos alimentarios, sólo se encontró la diferencia en la imposición de la dieta, ya que en ambos se comprobó la presencia de síntomas relacionados.

2.8 Trastornos mentales asociados a los trastornos alimentarios

“Los trastornos alimentarios, así como muchos de los trastornos psiquiátricos mayores, son problemas multidimensionales, heterogéneos y diversos en sí mismos” (Kirschman y Salgueiro; 2002: 111).

Dentro de ellos existen muchos síntomas que pueden ser los mismos presentados en otros trastornos, e incluso puede existir comorbilidad, así como lo mencionan Kirschman y Salgueiro (2002). En esta indagatoria se consideran importantes exclusivamente dos trastornos en comorbilidad con los alimentarios: la depresión y la ansiedad, ya que están asociados con el estrés.

Kirschman y Salgueiro (2002) plantean una investigación neurológica para explicar la presencia de trastornos alimentarios, depresivos y de ansiedad, en ésta se explica la influencia que tiene la serotonina en las problemáticas mencionadas. Por una parte, la serotonina es un inhibidor de la conducta, lo cual influye en las conductas sociales como la agresión y la ansiedad, por otro lado, esta sustancia también interviene en el control del hambre, por último, la serotonina regula la secreción neuroendocrina, de lo cual se desprende la depresión.

Por lo tanto, al existir un nivel alto de serotonina, se presentan más síntomas como atracones, purgas, conductas obsesivas, irregularidades en el humor, ansiedad, afectación en la regularidad del apetito, síntomas que se pueden presentar en la bulimia, la anorexia, la depresión y la ansiedad.

Por otro lado, Kaye y otros (citados por Kirszman y Salgueiro; 2002), realizaron una investigación con mujeres que ya estaban recuperadas de bulimia nerviosa y otras que no habían tenido ningún problema alimentario, se les suministró una droga no terapéutica que interviene en los niveles de serotonina; se arrojaron resultados interesantes en los que las mujeres que ya se habían recuperado de la bulimia nerviosa, presentaron nivel de serotonina alto, alteración del estado de ánimo, obsesión, perfeccionismo y ansiedad, ello sumándole un síntoma conductual como un nivel elevado de sensación de saciedad, por lo tanto, entre más serotonina exista, hay mayor sensación de saciedad.

2.8.1 Trastornos alimentarios y depresión

Kirszman y Salgueiro (2002) especifican que hace un siglo la anorexia no era lo que se conoce ahora, ya que no era diagnosticada como tal; Freud y otros autores diagnosticaron la anorexia como melancolía que se presenta en la pubertad.

A mediados de los años 40, se presenta un caso muy conocido en la correlación entre anorexia y depresión, el caso de Ellen West, quien cual fue diagnosticada como esquizofrénica por Bleuler y como melancólica por Kraepelin, realmente la paciente presentaba síntomas bulímicos, anoréxicos y sufría depresión hasta llegar al suicidio; después de ello, Feighner (citado por Kirszman y

Salgueiro; 2002), presenta los primeros criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero sin permitir la presencia de un trastorno afectivo o de esquizofrenia.

Posteriormente, se han realizado estudios para buscar una relación entre los trastornos de alimentación y la depresión, en los cuales se arrojaron resultados parecidos; se encontró que en la mayoría de los casos, los pacientes con trastornos alimentarios tienen familiares de primer y segundo grado con algún trastorno afectivo, de igual manera, muchos sujetos con esta misma problemática, también presentan síntomas psiquiátricos depresivos.

Por otra parte, investigaciones recientes realizadas por Keel y Mitchell (referidos por Kirschman y Salgueiro; 2002), dan a conocer que después de dos años de seguimiento con pacientes bulímicas, el 38% de las pacientes presentan riesgo de tener depresión y el 33% presentan el diagnóstico de dicha perturbación.

Esta relación puede explicarse, como ya se mencionó al inicio del tema, por las alteraciones de serotonina, además de que, como mencionan Kirschman y Salgueiro (2002), intervienen las funciones a nivel hipotalámico.

2.8.2 Trastornos alimentarios y ansiedad

Dentro de la relación que existe en estos dos trastornos, se hacen presentes varias investigaciones que mencionan Kirschman y Salgueiro (2002), muchos de estos trabajos puntualizan que la obsesión, la depresión y ansiedad

están presentes en los sujetos que tienen una grave desnutrición. Al recuperar a estos pacientes, los síntomas disminuyen de manera notable, sin embargo, no desaparecen, con ello se puede considerar que son síntomas relacionados con anorexia nerviosa, lo anterior fue planteado por Pollice y otros (retomados por Kirschman y Salgueiro; 2002).

Otros autores también realizan una investigación, aclaran que “el 60% de las pacientes con anorexia, el 57% de las pacientes con bulimia y un 48% de las pacientes con depresión mayor tenían antecedentes de trastornos de ansiedad” (Bullik y otros, citados por Kirschman y Salgueiro; 2002: 134); de modo que en el 90% de las pacientes ya existía el trastorno de ansiedad antes que el alimentario. Específicamente, después de un estudio, Telch y otros, citados por los autores antes referidos, brindan información en la cual mencionan que en el trastorno por atracón se presentan síntomas comórbidos, especialmente de ansiedad y depresión.

2.9 Tratamiento de los trastornos alimentarios

Varios autores coinciden al expresar que en los trastornos alimenticios intervienen factores sociales, culturales, familiares, del desarrollo, individuales y biológicos, ello lo menciona Rauch (1997); se piensa que en los trastornos alimentarios es complicado poner un fin, ya que no es aceptado un tratamiento, sin embargo, distintos autores han utilizado varios enfoques, de los cuales se han obtenido resultados positivos, aunque no favorables también.

Dentro de lo que se considera esencial del tratamiento, es partir de un sistema multimodal como primer punto el aumento de peso, el cual es esencial para que el cuerpo funcione de una manera adecuada y como ya se dijo anteriormente, los niveles de serotonina se regulen; por otro lado está la recuperación de la figura, de acuerdo con el peso y la estatura del paciente, para recuperar una apariencia saludable; como último punto, están las partes cognitiva y emocional, en las cuales intervienen los psicólogos.

Aun ya teniendo un punto de partida Rauch (1997), propone dos tipos de tratamiento: uno es una modalidad ambulatoria, en la cual los miembros de la familia están muy involucrados en el tratamiento, creando condiciones óptimas para que todo funcione adecuadamente; por otro lado está la hospitalización, lo cual se limita a casos graves en los cuales se requiere de un gran equipo médico que apoye al paciente en la emergencia de deshidratación y desnutrición, e incluso en los síntomas o trastornos comórbidos; esta modalidad también es utilizada cuando las familias no tienen las bases suficientes como para apoyar al enfermo.

También existe una internación de día, en la cual la paciente es atendida durante todo el día, principalmente con actividades grupales, como lo menciona Rauch (1997); dentro de los deberes se mencionan las terapias grupales, las revisiones de peso, estatura, estado de ánimo, actividades que ayudan a hacer un buen hábito alimenticio, entre otras.

Por otra parte, también se considera un tratamiento farmacológico, que a pesar de que no tiene muchos beneficios para el bienestar del paciente, en los sujetos que tienen el trastorno avanzado puede apoyar en el aumento de peso con estimulantes del apetito (Rauch; 1997); también se considera el uso de un antihistamínico para sedar la actividad de la serotonina, al igual que antidepresivos, lo cual ayuda a aumentar el apetito y el peso, sin embargo, se considera que es mejor el trabajo con placebos (medicamentos aparentes, sin efectos reales), con los cuales se han tenido buenos resultados.

Parte del tratamiento que ha tenido resultados favorables es la terapia familiar, incluso, se han obtenido mejores resultados que la terapia individual, sobre todo en sujetos que presentan síntomas iniciales. Jarne y Talarn (2000) presentan los principales objetivos de las relaciones familiares adecuadas, las cuales son: el incremento de la participación y la comunicación, restablecer los roles dentro del círculo familiar y superar los sentimientos de fracaso.

Lo anterior es recomendable según Rauch (1997) trabajarlo con la terapia familiar sistémica, ya que con ella se involucran todos sus miembros para poder mitigar los síntomas, sin que a ninguno de ellos se le considere culpable de la enfermedad y partiendo de la premisa de que el ser humano es biopsicosocial.

Una vez expuestos los principales aspectos relativos a los trastornos alimentarios, queda constituido por completo el marco teórico, de modo que enseguida se dará paso a la metodología empleada en la investigación de campo.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A lo largo de este capítulo se hablará del tipo de investigación que se realizó, así como los pasos que se siguieron para obtener los resultados presentados al final, que permitieron dar cumplimiento a la consecución de los objetivos y a la corroboración de una de las hipótesis de la investigación.

3.1 Descripción de la metodología

En el presente apartado se describirán los aspectos metodológicos del presente estudio: enfoque, diseño, extensión y alcance, así como las técnicas e instrumentos empleados en la recolección de datos.

3.1.1 Enfoque cuantitativo

El enfoque que se utilizó en la presente investigación es cuantitativo, el cual, como mencionan Hernández y cols. (2006), se efectúa usando mediciones numéricas y mediante ellas, se hace una comprobación de la hipótesis planteada.

Para poder emplear este enfoque, Hernández y cols. (2006), plantean una serie de características que inician con algunos pasos que ayudan a obtener

mejores resultados, dentro de ellos el inicial es el delimitar una problemática de manera concreta para después, explorar la información que ya se haya planteado con relación a la investigación; a partir de lo anterior, se plantea una hipótesis para poder corroborar o no por medio de una guía de diseños adecuados a la indagatoria; para finalizar, se hace una recolección de información de tipo numérico, analizándola con procedimientos estadísticos (Hernández y cols.; 2006).

La otra característica es el planteamiento de hipótesis o supuestos, éstas se presentan antes de que se realice la investigación. La tercera particularidad de este enfoque es la forma en que se recolectan los datos, la cual es numérica, para obtener los resultados de igual manera con métodos estadísticos; para que ello se dé en forma adecuada, se deben utilizar métodos e instrumentos de medición estandarizados utilizados por científicos, el objetivo de ello es que la investigación sea aceptada como algo científico y confiable.

Dentro del enfoque cuantitativo también hay un sustento bibliográfico que se toma como punto de partida sobre lo ya investigado, sin embargo, también está la parte experimental, en la cual se trata de tener el mayor control posible siguiendo un proceso estructurado para obtener mejores resultados objetivos.

Por último, en este tipo de enfoque se trata de buscar “regularidades y relaciones causales entre dos elementos” (Hernández y cols.; 2006: 6).

3.1.2 Investigación no experimental

La investigación realizada es de tipo no experimental, ya que no se manipula ninguna situación, sino que se analizan resultados sobresalientes de un suceso ya existente.

La investigación no experimental, según Hernández y cols. (2006), es aquella en la que se observan hechos reales, establecidos y no propiciados, a diferencia del estudio experimental, en el cual sucede exactamente lo contrario, ya que se provocan estímulos y con ellos, situaciones en las cuales se busca una reacción esperada.

Se consideró importante hacer la investigación de la primera manera, ya que de acuerdo con los requerimientos de ésta, es la única alternativa de obtener resultados; de hacerlo con el método experimental, se podría propiciar una importante problemática tanto en salud física como psicológica en los sujetos, lo cual no sería ético. La ventaja de realizar la investigación por medio del tipo no experimental es obtener datos reales de una situación natural y no ficticia, lo cual enriquecerá la información ya existente sobre el tema.

3.1.3 Estudio transversal

Dentro de los diseños no experimentales, se consideran dos subtipos: transversal y longitudinal, fue necesario efectuar la investigación con un estudio

transversal, ya que se considera el más adecuado para la realización de la misma. Un estudio transversal es aquel que “recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único” (Hernández y cols.; 2006: 142), es decir, describir, analizar o indagar sobre un evento específico en un momento determinado.

Dentro de los objetivos no está planteado que la investigación continúe en un tiempo determinado, que se obtengan resultados en diferentes momentos ni se observen cambios de ninguna clase, por el contrario, se lograron objetivos que se estipularon en un tiempo específico y en un mismo lugar, con los mismos sujetos, ésa es la razón principal por la que la presente indagatoria se encasilla en este tipo de estudio.

3.1.4 Diseño correlacional

Este tipo de estudio tiene un fin específico, ello lo exponen Hernández y cols. (2007), el propósito es evaluar cada una de las variables que se están estudiando, para después calcular si existe una correlación entre ambas y el grado de ésta.

Por otro lado, el autor da a conocer el uso que se le puede dar a este tipo de diseño, el cual es, que a partir de los valores que se conocen de las variables involucradas (las cuales pueden ser dos o más), se puede predecir el valor que tendrán en conjunto, es decir, de acuerdo con los datos que se arrojen de la investigación de cada una de las variables y la relación que existe entre ellas, se

podrá pronosticar lo que sucederá en caso de que cambien los hechos relacionados con alguna de éstas.

Se considera importante aclarar que, el realizar una investigación con un diseño explicativo, como mencionan Hernández y cols. (2007), se tratará de una explicación parcial, pues existen otros factores que pueden intervenir para que se dé una correlación o no se dé.

Las correlaciones pueden revelarse de forma positiva o de negativa, en la primera se espera que en las dos variables se obtenga un puntaje alto o bajo, pero siempre moviéndose en conjunto; mientras que en la segunda puede ser que una variable tenga alto puntaje y en la otra se presenten resultados bajos o viceversa, independientemente de la forma en que surjan los resultados, se dice que hay correlación cuando al modificar una variable, cambia la otra.

Partiendo de la información presentada en este apartado, se plantea que el estudio presente se realizó de forma correlacional, porque en realidad se trató de medir si existía una correlación entre el estrés y los trastornos alimentarios para después dar una explicación parcial de cómo se presentan estos hechos en conjunto, mediante datos cuantitativos.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos

Para esta investigación fueron utilizadas pruebas estandarizadas para la recolección de datos, las cuales tienen un método específico tanto de aplicación como de calificación, además, como indican Hernández y cols. (2007), presentan un código único con el cual se interpretan, del mismo modo, son instrumentos que fueron desarrollados y adaptados por medio de una investigación dirigida por expertos en el tema.

La ventaja de haber utilizado este tipo de pruebas es que se tendrán datos más confiables y no subjetivos, ya que estos instrumentos tienen la validez y confiabilidad probadas, la que se consideró adecuado para que se realizara la aplicación de acuerdo con el contexto y la población con quien se trabajó, además que son estandarizadas tanto la aplicación como la interpretación de datos.

Lo anterior se menciona como una ventaja tomando en cuenta que es indispensable que exista un proceso de investigación que respalde la validez de la prueba.

Para la medición de la variable independiente, estrés, se empleó el test psicológico denominado Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, Revisada (CMAS-R), diseñada por los autores Reynolds y Richmond (1997).

La CMAS-R, subtitulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos diseñados para valorar el nivel y naturaleza en niños y adolescentes de seis a diecinueve años de edad.

Este instrumento puede aplicarse, ya sea de manera individual o a grupos de personas. El sujeto responde a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta “Sí” o “No” según corresponda.

En un esfuerzo para proporcionar más introspección en las respuestas del individuo, la CMAS-R brinda cinco puntuaciones. La calificación total indica la ansiedad que presenta el sujeto en términos generales. Se presentan, del mismo modo, cuatro puntuaciones que corresponden a las subescalas denominadas: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y mentira. Las puntuaciones elevadas en las subescalas de ansiedad fisiológica y mentira, indican un alto nivel.

La subescala de ansiedad fisiológica está asociada con manifestaciones tales como dificultades del sueño, náusea y fatiga. La subescala de inquietud/hipersensibilidad describe preocupaciones obsesivas, la mayoría de las cuales son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedo de ser lastimado o aislado de forma emocional.

La subescala de preocupaciones sociales/concentración es útil para discriminar a los niños que tienen problemas escolares; éstas se concentran en

pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal que conducen a dificultades en la concentración y atención.

La escala de ansiedad total incluye las tres subescalas anteriores. El presente estudio será la medición relevante de los sujetos investigados. Con esta prueba se evaluó el nivel de ansiedad en los sujetos, el cual es el principal indicador subjetivo o emocional de la variable estrés.

Por otra parte, como una medida de la consistencia interna de la CMAS-R se calculó el coeficiente alfa de Cronbach. El valor obtenido fue de .76, es decir, el test muestra confiabilidad.

Con lo que respecta en apoyo a la validez concurrente y discriminante, se observó una correlación de .69 entre la ansiedad total de la CMAS-R y la puntuación Rasgo del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger.

Para la medición de la variable de trastornos alimentarios se utilizó la prueba EDI-2 (Inventario de trastornos de la conducta alimentaria, en su segunda edición), del autor David M. Gardner (1998).

Esta prueba evalúa los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa, dichas problemáticas son las más comunes dentro de los trastornos alimentarios, lo cual es la otra variable que se investigó.

La aplicación de la prueba puede ser individual y colectiva, el tiempo de aplicación es ilimitado, sin embargo normalmente se contesta en 20 minutos aproximadamente. Es aplicable a partir de los 11 años.

El instrumento está constituido con un total de 91 reactivos con un formato de respuesta de seis puntos con las categorías: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre. Evalúa 11 escalas que son relevantes clínicamente para la evaluación de trastornos alimentarios.

Las escalas son: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad, inseguridad social. De éstas, las tres primeras están enfocadas a la evaluación de actitudes y conductas relacionadas con el peso corporal, mientras que las restantes se concentran en rasgos psicológicos que están presentes en personas con trastornos alimentarios.

Los estudios de confiabilidad se realizaron a través de la evaluación de la consistencia interna con la prueba alfa de Cronbach con resultados superiores al 0.80, lo cual quiere decir que, como en la prueba anterior, existe confiabilidad.

Con lo que respecta a la validez, no existe un dato numérico específico, sin embargo, para la valoración de la validez se realizaron estudios tanto de validez de contenido, de criterio y de constructo, obteniendo puntajes con resultados satisfactorios.

3.2 Delimitación y descripción de la población

Selltiz define la población como “el conjunto de datos que concuerda con una serie de especificaciones” (mencionado por Hernández y cols.; 2006: 303), en el caso de la investigación realizada, los sujetos son 298 niños de ambos sexos, con edades entre seis y doce años.

Los alumnos pertenecen a un colegio privado llamado Juan de San Miguel, el cual se sustenta en valores y educación de la religión católica; la mayoría de estos son de nivel socioeconómico de medio-alto a alto.

De toda la población se tomó una muestra que corresponde a un total de 106 alumnos pertenecientes a los grupos de 5º y 6º grado, lo anterior se realizó tomando el límite inferior de edad en que se pueden aplicar los instrumentos elegidos.

3.3 Descripción del proceso de investigación

En el presente apartado se hablará de la manera en que fue realizada la investigación.

En primer lugar se planteó la elaboración de un proyecto de investigación, con ello se introdujo la problemática específica a indagar, a partir de la cual se planteó un objetivo general y diez particulares, lo cual daría un rumbo específico a la indagatoria, para posteriormente plantear dos hipótesis, una de trabajo y otra nula.

Para poder sustentar la parte teórica del presente trabajo, se analizaron varias fuentes especializadas tanto en estrés como en trastornos alimentarios, lo cual ayudó a la elaboración de los capítulos teóricos.

Por otra parte era necesario buscar los instrumentos adecuados para medir las dos variables involucradas: el estrés y los trastornos alimentarios, por ello se eligió una prueba para cada una de las variables, las cuales son estandarizadas y con un nivel de confiabilidad adecuado para esta investigación.

Ya teniendo la información necesaria y los instrumentos adecuados, se dio lugar a la aplicación de los últimos, la cual se realizó con los alumnos de 5º y 6º grado del Instituto Juan de San Miguel el día 2 de junio de 2011; se utilizaron las aulas en los que los alumnos toman sus clases diarias y estuvieron en compañía de sus compañeros de grupo.

La aplicación se realizó en dos momentos: en primer lugar se aplicó la prueba CMAS-R y después de unos minutos de descanso, se aplicó la EDI-2.

En la calificación de los tests, se obtuvieron cantidades en percentiles. Esta tarea se realizó en ambas pruebas para así poder comparar los datos. Después se hizo el vaciado de datos en el programa Microsoft Excel 2007. Ya teniendo todas las cantidades en el orden necesario se realizaron los cálculos de medidas de tendencia central y de dispersión, específicamente de la media, mediana, moda y desviación estándar, así como la correlación con la fórmula “r” de Pearson y la varianza de factores comunes.

Estos datos también se plasmaron en los anexos de manera gráfica, lo cual fue de gran ayuda, para así proceder a el análisis de datos que se presenta en el siguiente apartado.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación empírica y teórica, con el fin de llegar a la verificación de alguna de las hipótesis planteadas.

Para el análisis efectivo de dichos datos la información se organizó en tres categorías, en la primera se habla sobre los trastornos alimentarios, en segundo lugar del estrés, y una tercera categoría se refiere a la relación entre ambos; se considera lo adecuado ya que se tiene el suficiente sustento para ello.

3.4.1 Trastornos alimentarios

De acuerdo con lo señalado por la APA (2002) dentro de los trastornos alimentarios se presentan dos principales padecimientos: la anorexia y la bulimia.

El trastorno de anorexia nerviosa principalmente se manifiesta con una obsesión por mantener el peso corporal por debajo del debido, de acuerdo con la altura y la talla; por otro lado la bulimia nerviosa presenta síntomas similares pero se le suman momentos de ingesta excesiva de comida acompañada de conductas compensatorias, ello sin tener pérdida de peso significativa.

Como ya se mencionó, se realizó la aplicación del test psicológico EDI-2, mediante el cual se obtuvo información importante de cada una de las subescalas

predeterminadas en la prueba sobre trastornos alimentarios, dichos puntajes, que son mostrados en percentiles, se presentan a continuación:

En la escala de obsesión por la delgadez se obtuvo una media de 71. Es necesario indicar que, según Hernández y cols. (2006) la media aritmética es la suma de un conjunto de datos dividido entre el número de medidas.

Adicionalmente, se obtuvo la mediana, que es la medida de tendencia central que muestra el valor medio de un conjunto de valores ordenados, ello mencionado por Hernández y cols. (2006), el valor obtenido fue de 69.

Según los autores antes citados, la moda es el dato que se presenta con mayor frecuencia en un conjunto de medidas, es estos resultados se obtuvo un puntaje de 99.

También se obtuvo el valor de la medida de dispersión, particularmente de la desviación estándar, la cual da el resultado de la raíz cuadrada del promedio de la suma de las desviaciones al cuadrado de un conjunto de datos, de acuerdo con Hernández y cols. (2006). En esta escala se obtuvo un resultado de 23.

Los datos obtenidos de la medición de la obsesión por la delgadez en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel se muestran en el anexo 1.

En la escala de bulimia se encontró una media de 64, una mediana de 67, una moda de 46 y una desviación estándar de 17. Los datos logrados en la medición de la escala de bulimia en alumnos del Instituto Juan de San Miguel se encuentran en el anexo 2.

En lo que respecta a la escala de insatisfacción corporal, se detectó una media de 43, una mediana de 39, una moda de 6 y una desviación estándar de 30. La información obtenida de la medición de la escala mencionada, en alumnos del Instituto Juan de San Miguel, se encuentran en el anexo 3.

En la escala de ineficacia se encontró una media de 53, una mediana de 49, una moda de 27 y una desviación estándar de 23. Estos datos se encuentran de manera gráfica en el anexo 4.

También se presentan los resultados de la escala de perfeccionismo, se determinó una media de 73, una mediana de 80, una moda de 67 y una desviación estándar de 22. Los datos referidos a la medición de la escala antes citada, en los sujetos de estudio, se encuentran en el anexo 5.

En la escala de desconfianza interpersonal se encontró una media de 56, una mediana de 60, una moda de 26 y una desviación estándar de 28. Los datos obtenidos de la medición de esta escala en la muestra poblacional seleccionada, se exponen en el anexo 6.

Concerniente a la escala de conciencia introceptiva, se encontró una media de 62, una mediana de 64, una moda de 22 y una desviación estándar de 25. Los datos que se obtuvieron de la medición de la escala indicada, en los alumnos del escenario de estudio, se encuentran en el anexo 7.

En la escala de miedo a la madurez se encontró una media de 89, una mediana de 96, una moda de 99 y una desviación estándar de 16. Los datos obtenidos al respecto, se encuentran en el anexo 8.

También se obtuvieron resultados de la escala de ascetismo en lo cual se encontró una media de 65, una mediana de 70, una moda de 51 y una desviación estándar de 31. Dichos datos se encuentran en el anexo 9.

En la escala de impulsividad, se encontró una media de 85, una mediana de 93, una moda de 99 y una desviación estándar de 20. Los datos obtenidos de la medición de la escala de impulsividad en alumnos del Instituto Juan de San Miguel, se encuentran en el anexo 10.

Por último, se presentan los resultados obtenidos en la escala de inseguridad social, en la cual se encontró una media de 60, una mediana de 62, una moda de 16 y una desviación estándar de 29. Al igual que los anteriores, se pueden observar los datos correspondientes a esta escala, de manera gráfica, en el anexo 11.

Además de presentar los datos de las medidas de tendencia central y desviación estándar, se presentan a continuación los porcentajes de los sujetos que obtuvieron puntajes altos en cada escala, es decir, puntajes por arriba del percentil 70. De esta forma, se ubicarán las escalas en las que hay mayor incidencia de casos preocupantes sobre el problema de trastornos alimentarios.

En la escala de obsesión por la delgadez, el 47% salió por arriba del percentil 70, mientras que en la escala de bulimia el porcentaje es de 23%; en la escala de insatisfacción corporal, un 21%; en la escala de ineficacia, 25%; en la de perfeccionismo, 59%; en la de desconfianza interpersonal, 39%; en la de conciencia introceptiva, 42%; en la de miedo a la madurez, 90%; en la de ascetismo, 49%; en la de impulsividad, 83% y finalmente, en la escala inseguridad social, 46%.

En función de lo anterior, se observa que hay más casos preocupantes en las escalas de miedo a la madurez, impulsividad y perfeccionismo. Estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 12.

3.4.2 Descripción de la variable estrés

De acuerdo con lo señalado por Travers y Cooper (1997), el estrés es la adaptación que se hace presente en el ser humano respecto a su entorno.

Con base en los datos obtenidos en el nivel de ansiedad total como principal indicador del estrés en los alumnos del instituto Juan de San Miguel, se encontró una media de 47, una mediana de 46, una moda de 68 y una desviación estándar de 28. Los datos los datos obtenidos en la medición de ansiedad total se encuentran en el anexo 13, mostrados de manera gráfica.

Enseguida se describen los datos obtenidos en cada una de las subescalas:

En la de ansiedad fisiológica se encontró una media de 48, una mediana de 44, una moda de 86 y una desviación estándar de 27; los datos obtenidos en la medición de esta escala se encuentran en el anexo 14. En la subescala de inquietud-hipersensibilidad se encontró una media de 55, una mediana de 50, una moda de 70 y una desviación estándar de 26; la información que surgió en la medición de esta escala, se encuentra en el anexo 15. En lo que respecta a la subescala de preocupaciones sociales/concentración, se encontró una media de 41, una mediana de 41, una moda de 9 y una desviación estándar de 28; Los datos obtenidos en la medición de dicha escala, se encuentran en el anexo 16.

A continuación, se presenta el porcentaje de sujetos que obtuvieron puntajes altos en la escala de ansiedad total, es decir, aquellos que se presentaron por arriba del percentil 70, con ello se podrá identificar los casos preocupantes por su nivel de estrés. El porcentaje fue del 25%.

De acuerdo con los resultados sobre la ansiedad, se puede afirmar que los niveles de estrés en los alumnos del instituto Juan de San Miguel se encuentran dentro de lo normal.

3.4.3 Relación entre el nivel de estrés y los trastornos alimentarios

Diversos autores han afirmado la relación que se da entre los trastornos alimentarios y el estrés, muestra de ello es la investigación realizada en Santiago de Chile en el año 2009 por Behar y Valdés, tal información está presente en los antecedentes del presente trabajo.

Por otro lado se hacen presentes varias investigaciones mencionadas por Kirszman y Salgueiro (2002), las cuales se puntualizan en el capítulo 2.

En la investigación realizada con la población del Instituto Juan de San Miguel se encontraron los siguientes resultados:

Entre el nivel de estrés y la escala de obsesión por la delgadez existe una correlación de 0.24 la cual se realizó con la prueba “r” de Pearson. Esto significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez existe una correlación positiva débil, ello de acuerdo con la clasificación de correlación de Hernández y cols. (2006).

Para conocer la influencia que existe entre el nivel de estrés y la obsesión por la delgadez, se obtuvo una varianza de factores comunes, en la cual mediante un porcentaje se indica el grado en que las variables se encuentran correlacionadas. Para obtener esa varianza únicamente se eleva al cuadrado el coeficiente de correlación obtenido mediante la “r” de Pearson (Hernández y cols., 2006).

El resultado de la varianza fue de 0.06, lo que significa que entre el estrés y la obsesión por la delgadez hay una relación de 6%. De acuerdo con Kerlinger (2001) una correlación se considera significativa cuando la varianza de factores comunes es igual o mayor al 10%.

Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación significativa entre el estrés y la obsesión por la delgadez en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Estos resultados se observan gráficamente en el anexo 18.

Entre el nivel de estrés y la escala de bulimia existe un coeficiente de correlación de 0.33 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual significa que entre estas variables existe una correlación positiva media.

El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.11, lo que significa que entre el estrés y la bulimia hay una correlación de 11%, con lo anterior se puede corroborar que sí existe una correlación significativa entre las variables mencionadas, en el caso de los sujetos de estudio. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 19.

Entre el nivel de estrés y la escala de insatisfacción corporal existe un coeficiente de correlación de 0.32 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto denota que entre los rasgos mencionados existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.10, lo que significa que entre el estrés y la insatisfacción corporal hay una correlación de 10%.

Con lo anterior se puede corroborar que sí existe una correlación significativa entre el estrés y la insatisfacción corporal en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 20.

Entre el nivel de estrés y la escala de ineficacia existe un coeficiente de correlación de 0.59 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual indica que entre el estrés y la ineficacia existe una correlación positiva considerable. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.35, lo que significa que entre el estrés y la ineficacia hay una correlación de 35%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una correlación significativa entre dichas variables, medidas en los sujetos de estudio. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 21.

Entre el nivel de estrés y la escala de perfeccionismo existe un coeficiente de correlación de 0.29, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre ambas variables existe una correlación positiva débil. El resultado de la

varianza de factores comunes fue de 0.08, lo que significa que entre el estrés y el perfeccionismo hay una correlación de 8%.

Con lo anterior se puede corroborar que no existe correlación entre el estrés y perfeccionismo en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 22.

Entre el nivel de estrés y la escala de desconfianza interpersonal existe un coeficiente de correlación de 0.32 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, ello denota que entre ambas variables existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.1, lo que refiere que entre dichos rasgos hay una correlación de 11%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una correlación significativa entre el estrés y la desconfianza interpersonal en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 23.

Entre el nivel de estrés y la escala de conciencia introceptiva existe un coeficiente de correlación de 0.44 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto significa que entre el estrés y la conciencia introceptiva existe una correlación positiva media. Por otra parte, el resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.19, lo que significa que entre los rasgos mencionados hay una correlación de 19%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una correlación significativa entre el estrés y la conciencia introceptiva en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 24.

Entre el nivel de estrés y la escala de miedo a la madurez existe un coeficiente de correlación de -0.08 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, lo cual indica que entre el estrés y el miedo a la madurez hay ausencia de correlación. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.01, lo que significa que entre el estrés y el miedo a la madurez hay una correlación de 1%.

Con lo anterior se puede corroborar que no existe una correlación significativa entre el estrés y el miedo a la madurez en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 25.

Entre el nivel de estrés y la escala de ascetismo existe un coeficiente de correlación de 0.30 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, este índice significa que entre ambas variables existe una correlación positiva débil. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, lo que significa que entre el estrés y el ascetismo hay una correlación de 9%.

Con lo anterior se puede corroborar que no existe una correlación significativa entre el estrés y el ascetismo en los sujetos de estudio; estos datos se pueden observar gráficamente en el anexo 26.

Entre el nivel de estrés y la escala de impulsividad existe un coeficiente de correlación de 0.35 de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, este resultado denota que entre estos rasgos existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.13, lo que indica que entre las variables hay una correlación de 13%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una correlación significativa entre el estrés y la Impulsividad en los alumnos del Instituto Juan de San Miguel. Los índices mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 27.

Entre el nivel de estrés y la escala de inseguridad social existe un coeficiente de correlación de 0.42, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson, esto alude a que entre las variables referidas existe una correlación positiva media. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.18, lo que permite afirmar que entre el estrés y la inseguridad social hay una correlación de 18%.

Con lo anterior se puede corroborar que existe una correlación significativa entre el estrés y la inseguridad social en los alumnos examinados. Los datos mencionados anteriormente se pueden observar gráficamente en el anexo 28.

En resumen, la hipótesis de trabajo se confirmó en siete de las once escalas: bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social; por otra parte, se confirmó la hipótesis nula en las escalas de: obsesión por la delgadez, perfeccionismo, miedo a la madurez y ascetismo.

CONCLUSIONES

Como cierre de la presente investigación, se describirá la manera en que se cumplieron los objetivos inicialmente planteados.

El objetivo particular 1 se cumplió desde el inicio de la investigación, en los antecedentes, al igual que el objetivo 5; sin embargo ambos se profundizaron en el inicio del capítulo uno y dos, respectivamente.

El segundo objetivo particular se alcanzó en el capítulo 1, en el cual se menciona parte de la historia y el modo en que cualquier estímulo provoca estrés, con sus respectivas reacciones fisiológicas, pero se aborda de una manera específica sobre los estresores en el punto 1.3.

Con lo que respecta al objetivo 3, éste se cubrió en el subtema 3.3 del capítulo 1, en el cual se mencionan reacciones psicológicas, fisiológicas y conductuales del estrés.

La información importante sobre los enfoque teóricos se analizó dentro de la investigación documental, ello fue considerado en el cuarto, objetivo particular, por lo tanto, se determina que éste se cumplió en el tema 2 del primer capítulo del marco teórico.

El objetivo particular 6 se alcanzó gracias a la investigación teórica y la información que se presenta dentro del capítulo 2 en el subtema 5.

Por otro lado se conoció de una manera amplia y con suficiente recorrido por la historia el cuadro clínico específico de la bulimia y la anorexia nerviosa, con ello se cumple con el séptimo objetivo particular en el segundo subtema del capítulo 2.

El objetivo particular número 8, referido a la medición del estrés en alumnos del Instituto Juan de San Miguel, se alcanzó gracias a los resultados obtenidos con administración del test psicológico CMAS-R. Por otra parte, el propósito referido a la evaluación de los trastornos alimentarios, al cual se le asignó el número 9, se cumplió de manera favorable como consecuencia de la aplicación de la prueba psicológica EDI-2.

El décimo y último objetivo particular, en el que se planteó determinar la correlación estadística entre el nivel de estrés y la presencia de síntomas de trastornos alimentarios en los sujetos de estudio, se logró mediante el tratamiento estadístico, más específicamente, con la aplicación de las fórmulas conocidas como "r" de Pearson y la varianza de factores comunes.

La consecución de los objetivos particulares permitió de manera lógica el cumplimiento del objetivo general enunciado en la introducción del presente estudio.

Por otra parte, la hipótesis de trabajo, que se refiere a la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el estrés y los trastornos alimentarios se puede corroborar en la mayoría de las escalas, como por ejemplo: bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, impulsividad e inseguridad social.

Sin embargo también se puede reconocer la hipótesis nula de acuerdo con los resultados estadísticos del resto de las escalas del edi-2, las cuales son: obsesión por la delgadez, perfeccionismo, miedo a la madurez y ascetismo.

Es primordial enfatizar que no sólo se cumplieron los objetivos planteados al inicio de la indagatoria y por ello se mencionan de manera particular los siguientes hallazgos:

- El primero de ellos son los niveles altos en la prueba EDI-2, los cuales se consideran preocupantes en algunas subescalas, como las referidas al perfeccionismo, la impulsividad y el miedo a la madurez, ya que tienen muy altos puntajes y ello se presenta en una gran cantidad de sujetos.
- El segundo descubrimiento es el de los niveles normales de estrés de los alumnos de 5º y 6º grado del Instituto Juan de San Miguel.
- El tercero es el logro del presente estudio, que puede ser considerado como hallazgo singular, el demostrar teóricamente la influencia tan marcada

que tiene todo el entorno del sujeto para la tendencia a sufrir tanto estrés como trastornos de la alimentación.

- El darse cuenta, a un nivel teórico, conceptual, que cualquier situación vivida provoca estrés y, por consecuencia, se altera el organismo.
- También a nivel teórico, reconocer el bombardeo constante que se produce en todos los medios de comunicación y, en consecuencia de las personas del entorno, en cuestión a la figura física y los prototipos de belleza y perfección.

Con fundamento en los conocimientos consultados en el sustento teórico y los datos obtenidos gracias a la aplicación de los instrumentos ya mencionados, se sugiere la intervención de los directivos con el apoyo de alguna persona especializada para la solución de la problemática, ya que aunque no se comprobó en el estudio que en estos sujetos exista una relación entre el estrés y todas las subescalas de la prueba de EDI-2, sí existe una problemática tangible de índices altos con tendencia a padecer trastornos alimentarios.

La problemática y solución planteadas, se recomiendan para asegurar la salud psicológica de los alumnos, y así, puedan tener un desempeño escolar óptimo.

BIBLIOGRAFÍA

Ajurriaguerra, J. (1973)
Manual de psiquiatría infantil.
Editorial Mason. Barcelona.

Ajuriaguerra, Julián; Marcelly, Daniel. (1996)
Psicopatología del niño.
Editorial Masson. Barcelona.

American Psychiatric Association (APA) (2002).
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Editorial Mason. Barcelona.

Cascio Pirri, Andrés; Guillén Gestoso, Carlos (Coordinadores). (2010)
Psicología del trabajo.
Editorial Ariel. Barcelona.

Castillo S., María Dolores; León E., María Teresa. (2005)
Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia nerviosa.
Editorial Formación Alcalá, S.L. España.

Costin, Carolyn. (2003)
Anorexia, Bulimia y otros trastornos de la alimentación: diagnóstico, tratamiento y
prevención de los trastornos alimentarios.
Editorial Diana. México.

Cungi, Charly. (2007)
Estrés bajo control
Ediciones Larousse. México.

Fontana, David. (1992)
Control del estrés.
Editorial Manual Moderno. México.

Gardner, David M. (1998)
Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
TEA Ediciones. Madrid.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar.
(2006)
Metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2007)

Fundamentos de la metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

Ivancevich, John; Matteson, Michael. (1985)

Estrés y trabajo.
Editorial Trillas. México.

Jarne, Adolfo; Talarn, Antoni. (2000)

Manual de psicopatología clínica.
Editorial Paidós Ibérica. Buenos Aires.

Jiménez H., Manuel. (1997)

Psicopatología Infantil.
Editorial Aljibe. Granada.

Kerlinger, Fred (2001)

Investigación del comportamiento
Edit. McGraw Hill. México.

Kirszman, Diana; Salgueiro, María del Carmen. (2002)

El enemigo en el espejo.
Ediciones TEA. México.

Lazarus, S. Richard; Lazarus, N. Bernice. (2000)

Pasión y Razón: la comprensión de nuestras emociones.
Editorial Paidós. España.

Ogden, Jane. (2005)

Psicología de la alimentación.
Editores Morata. España.

Palmero, Francesc; Fernández, Enrique; Chóliz, Mariano (2002).

Psicología de la motivación y la emoción.
Editorial McGraw-Hill. España.

Rausch, H. Cecile. (1996)

La esclavitud de las dietas.
Editorial Paidós. Argentina.

Rausch, H. Cecile. (1997)

Anorexia y bulimia: amenazas a la autonomía.
Editorial Paidós. Argentina.

Reynolds, Cecil R.; Richmond, Bert O. (1997)
Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R.
Editorial Manual moderno. México.
Sánchez, María Elena (2007).
Emociones, estrés y espontaneidad.
Editorial Ítaca. México.

Travers, Cheryl; Cooper, Cary (1997).
El estrés de los profesores.
Editorial Paidós. España

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Hemerografía

Behar A., Rosa; Valdés W., Claudia. (2009)
“Estrés y trastornos de la conducta alimentaria”.
Revista Chilena de Neuro – psiquiatría.

Caldera Montes, Juan Francisco; Pulido Castro, Blanca Estela; Martínez González, Ma. Guadalupe. (2007)
“Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos.”
Revista Educación y Desarrollo. Octubre-Diciembre 2007. Pp.77-82.

Artículos de Internet

Barraza Macías, Arturo. (2005)
“Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior”
Revista electrónica de psicologiacientifica.com
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-19-caracteristicas-del-estres-academico-de-los-alumnos-de-educacion-media-superior.pdf>

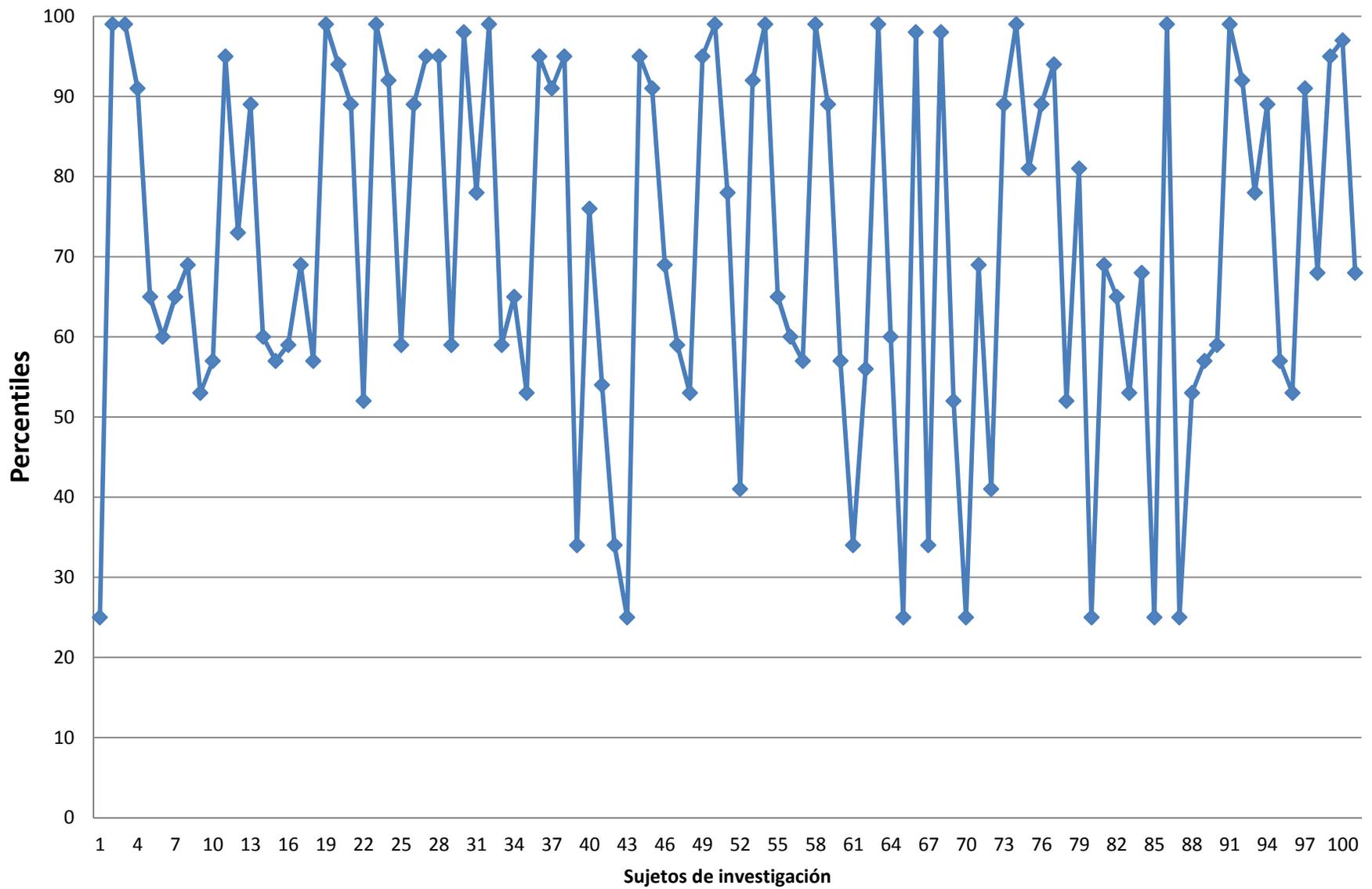
Hernández García, Mariamparo A. (2006)
“Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México”
Epistemé. No. 8-9. Año 2, Octubre-Diciembre 2006.
<http://www.uvmnet.edu/investigacion/epsiteme/numero8y9-06/>

Jaureguizar Albonigamayor Joana y Espina Eizaguirre Alberto. (2005)
Enfermedad física crónica y familiar.
Editorial Libros En Red. Amertown Intrnational S. A.
<http://www.librosenred.com/libros/enfermedadfisicacronicayfamilia.html>

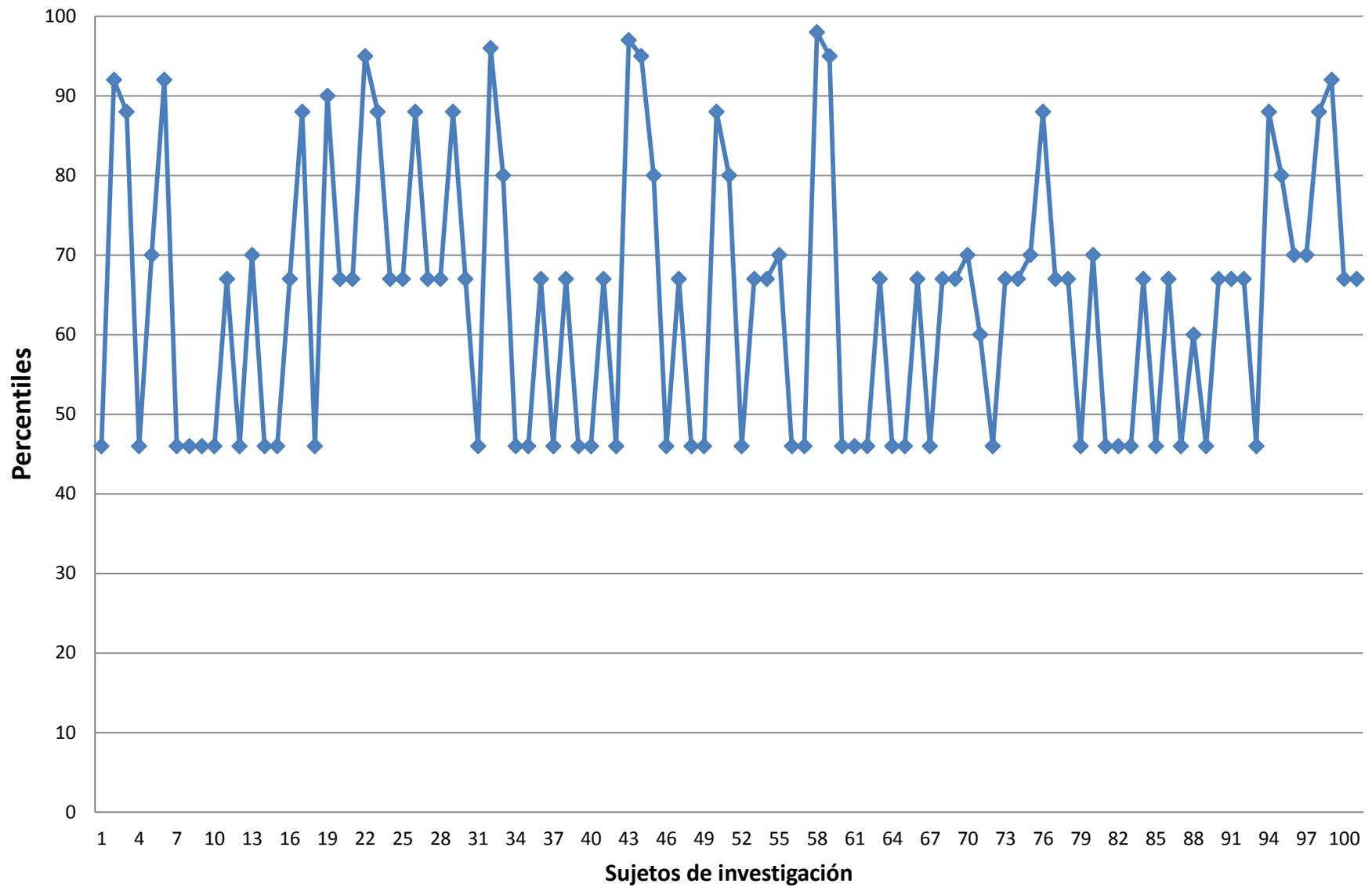
López Coutiño, Berenice; Arias Ibáñez, Alba; Nuño Gutiérrez, Bertha. (s/f)
“Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia”.
<http://www.tallersur.com/adolesc/libros/libroanorexia.pdf>

Anexo 1

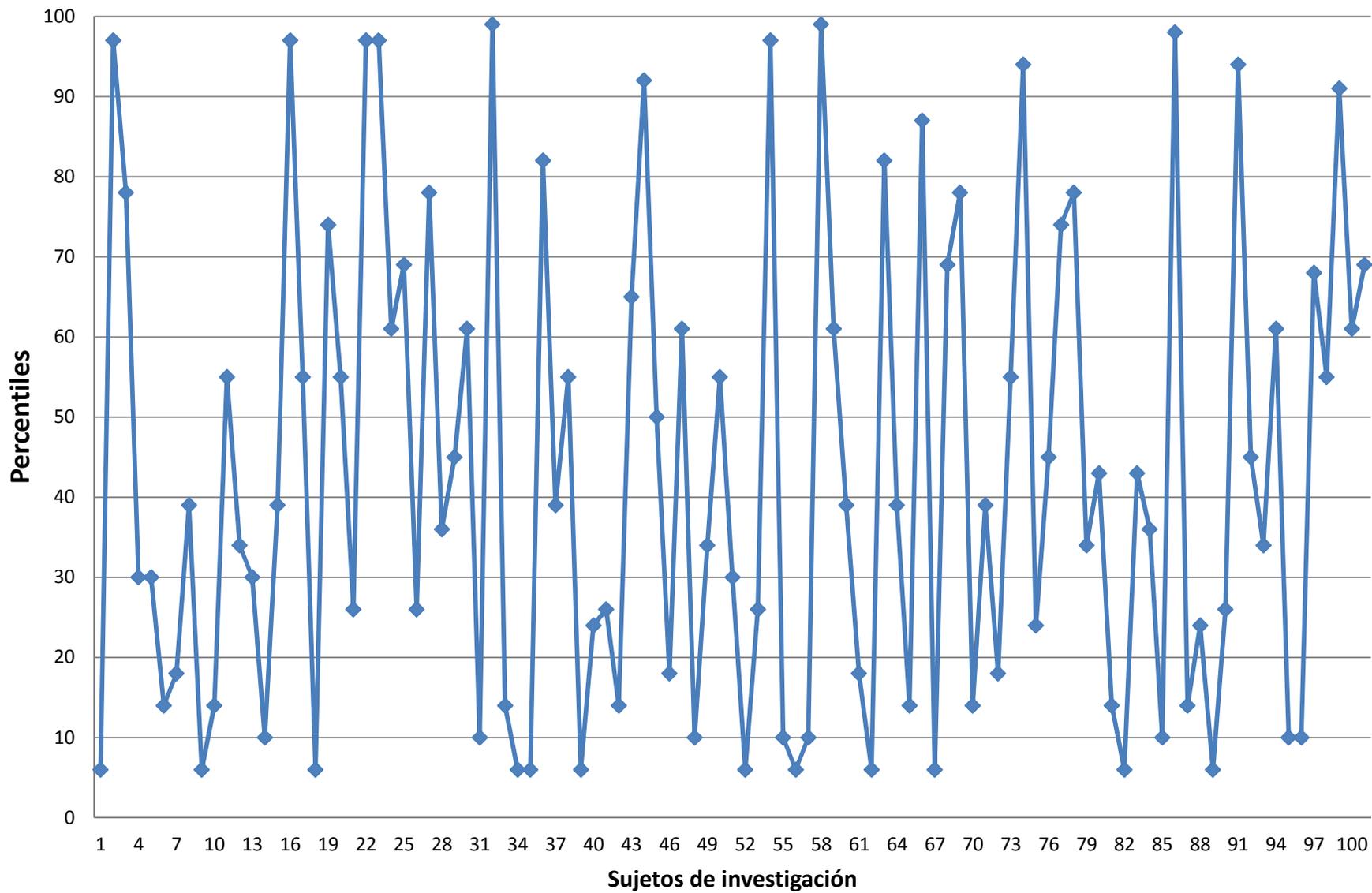
Percentiles de la escala Obsesión por la delgadez



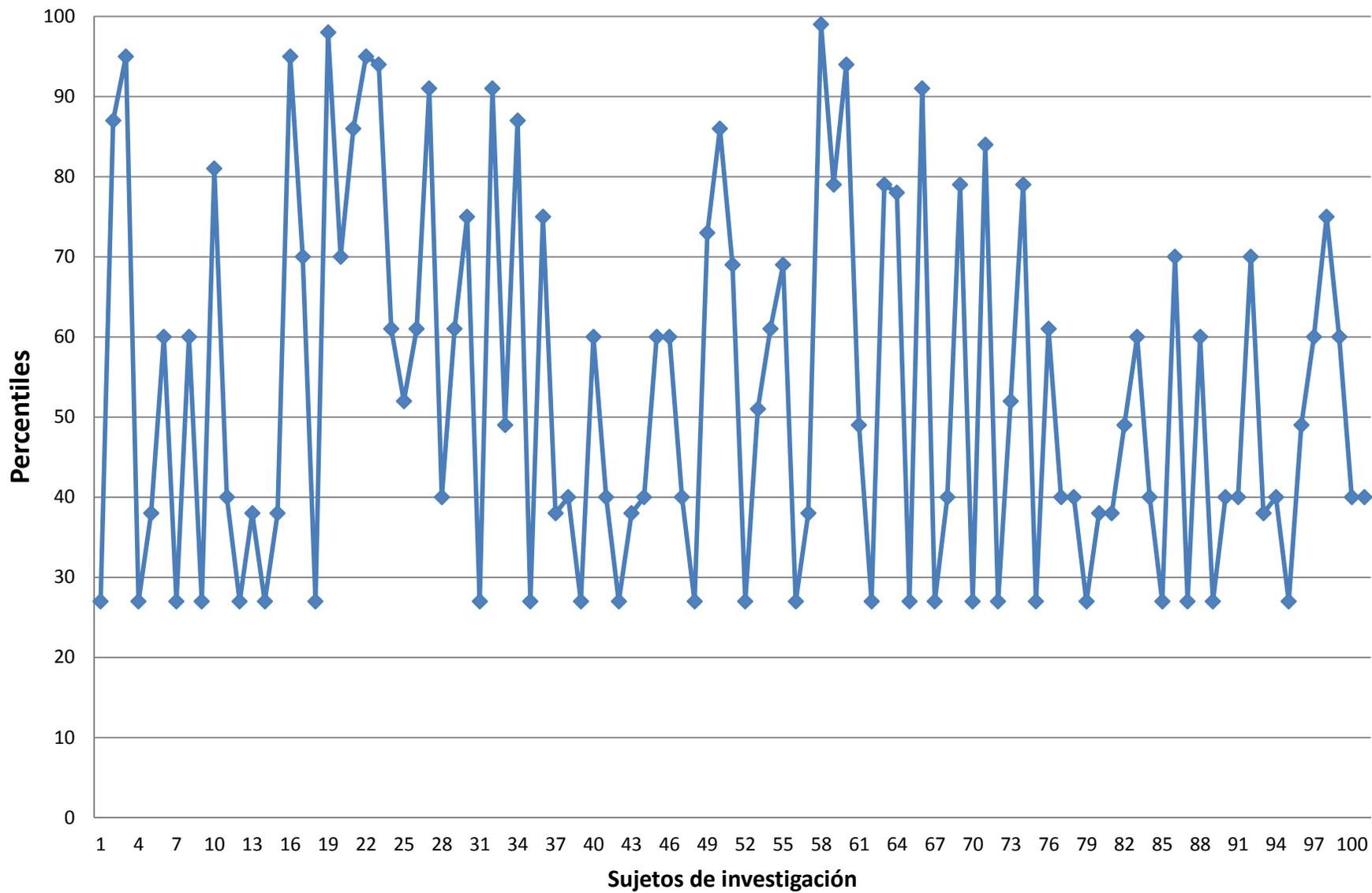
Anexo 2 Bulimia



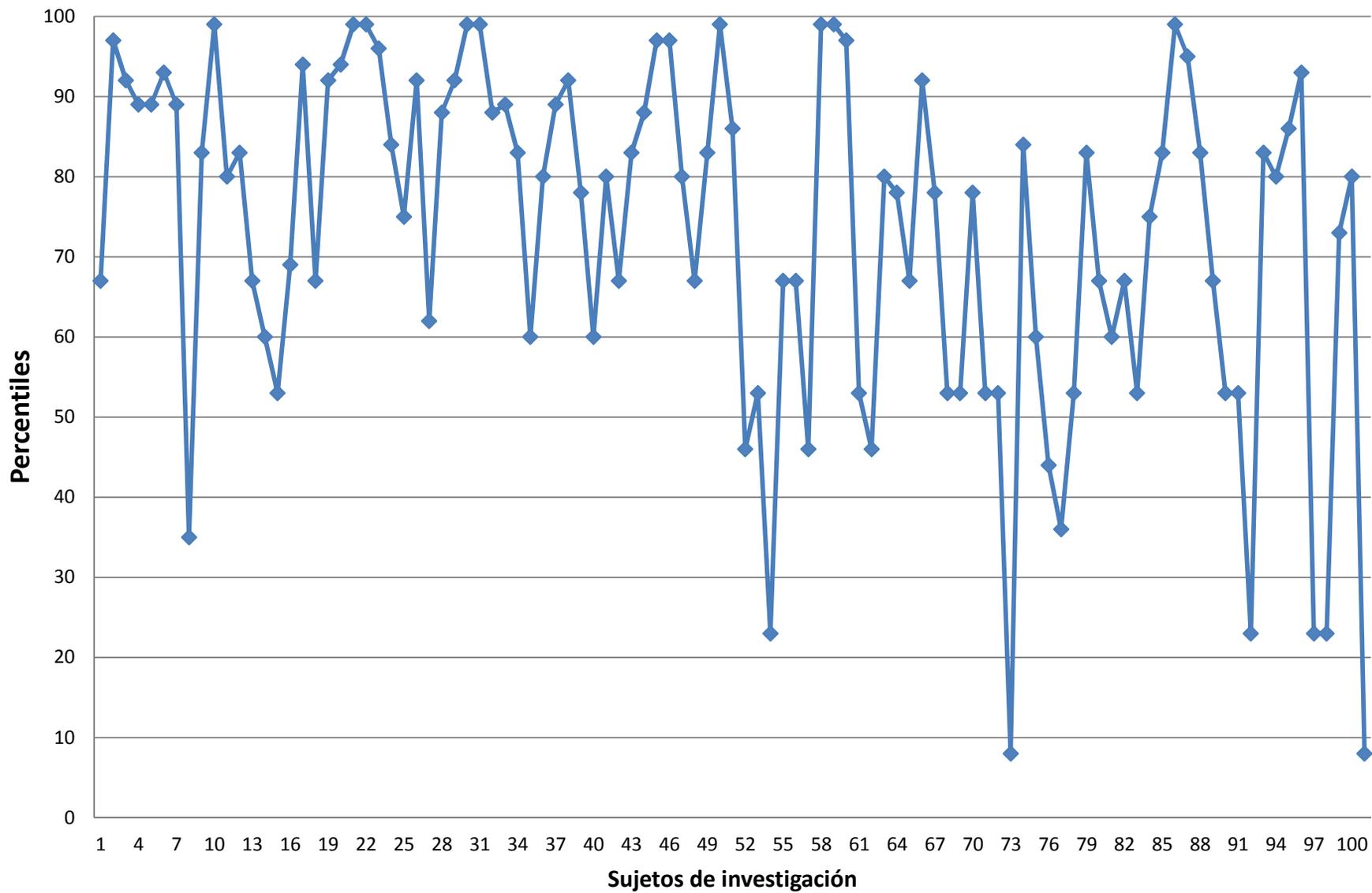
Anexo 3 Insatisfacción corporal



Anexo 4 Ineficacia

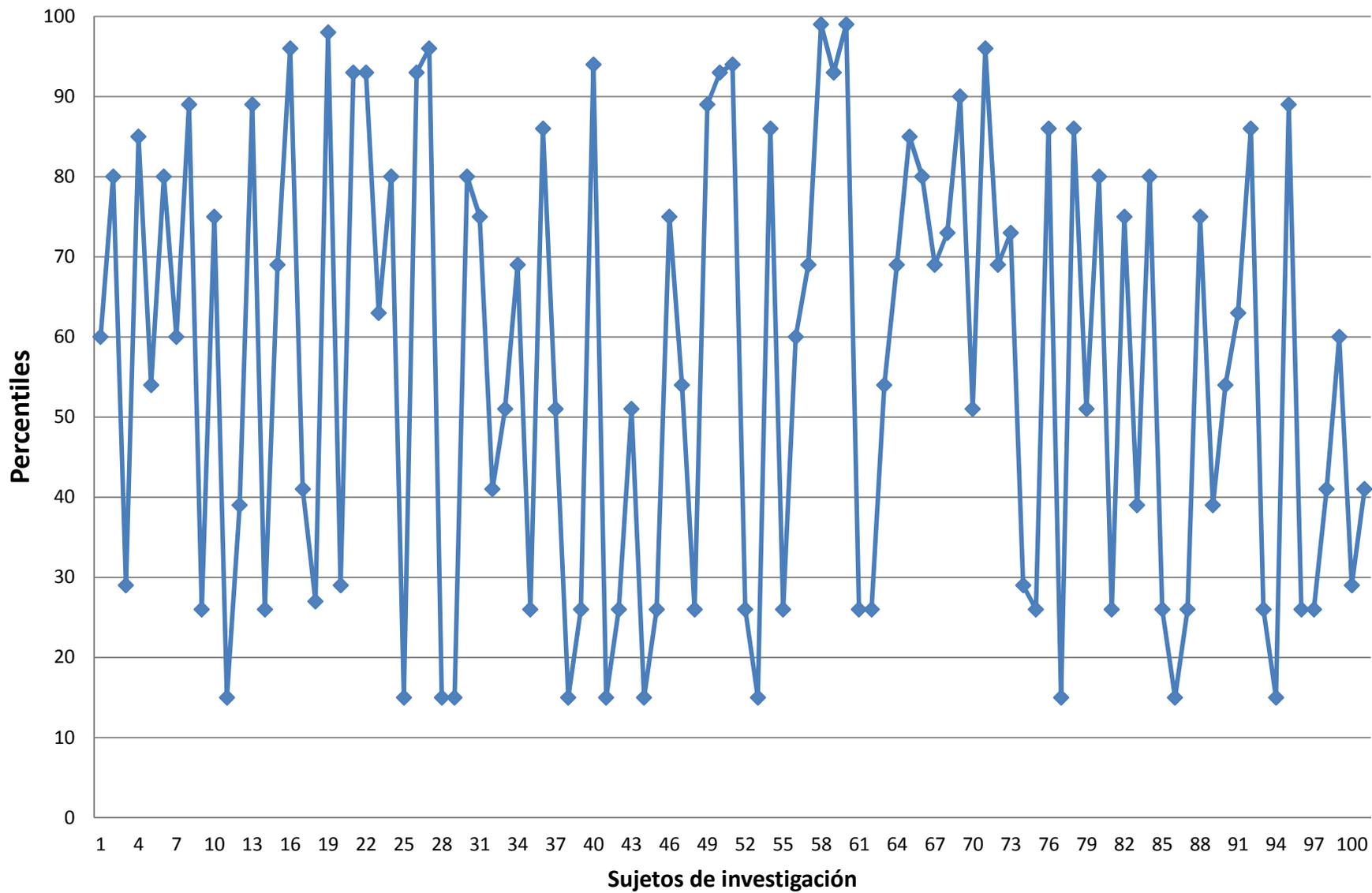


Anexo 5 Perfeccionismo

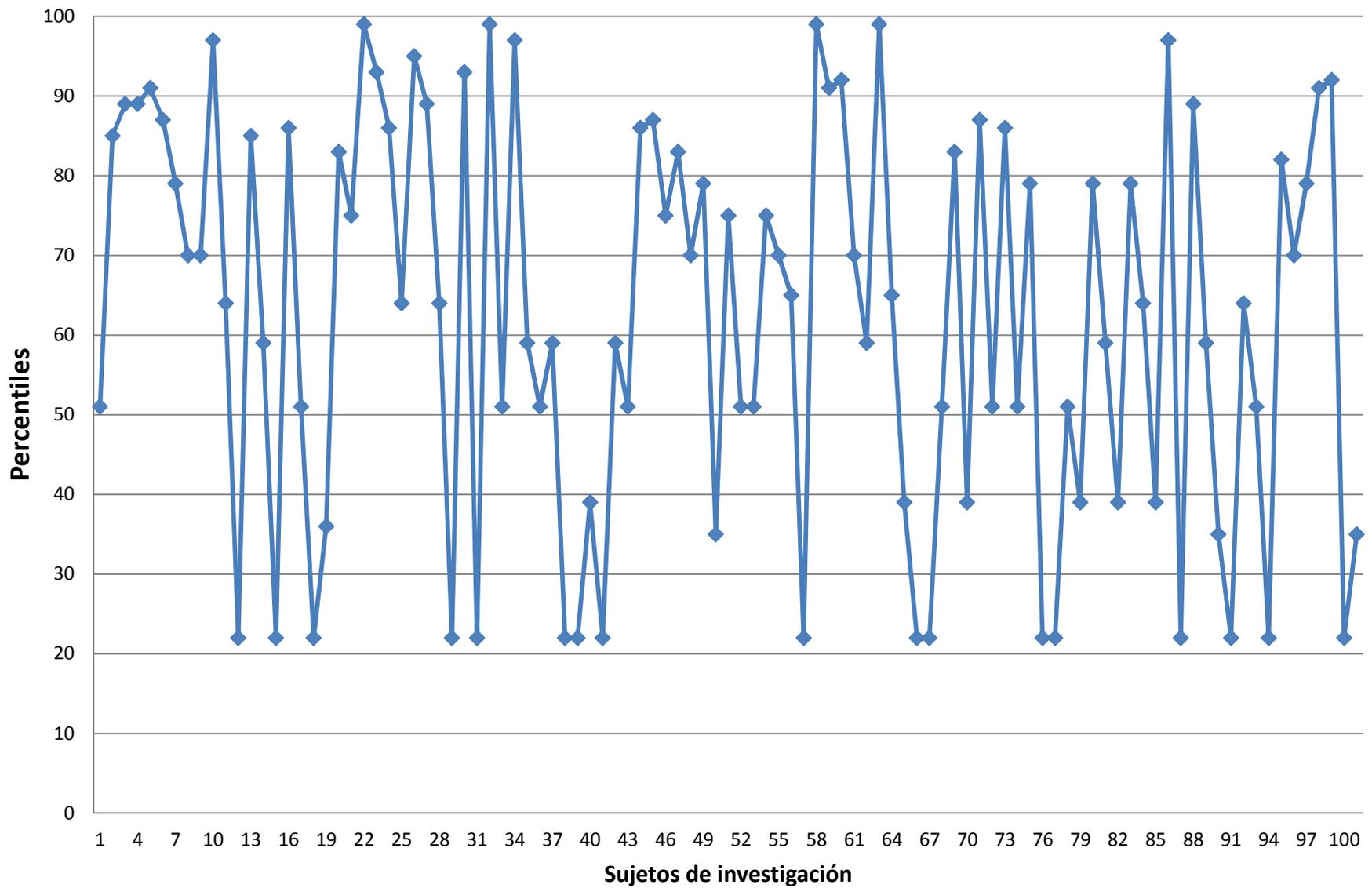


Anexo 6

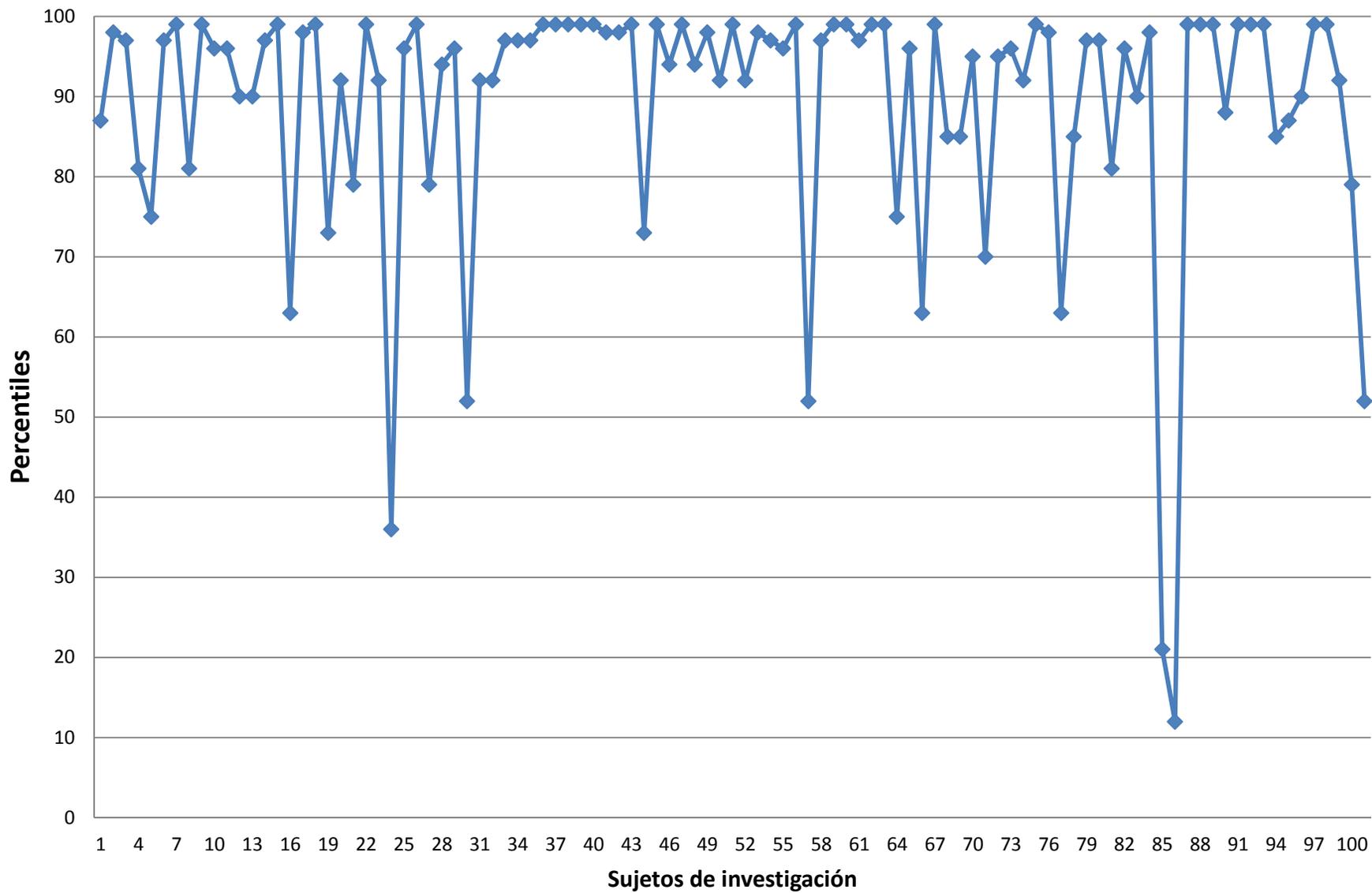
Desconfianza interpersonal



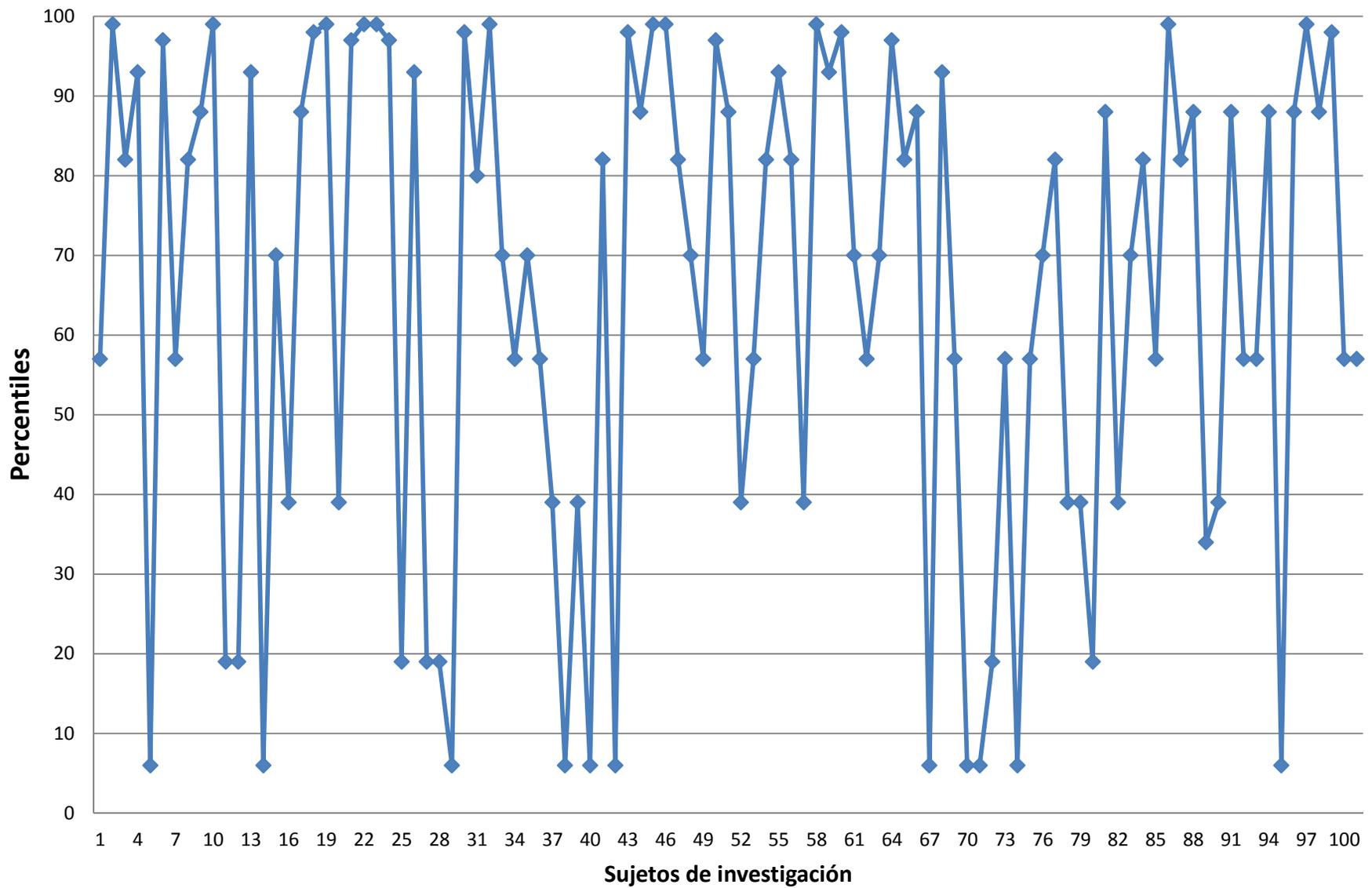
Anexo 7 Conciencia Introceptiva



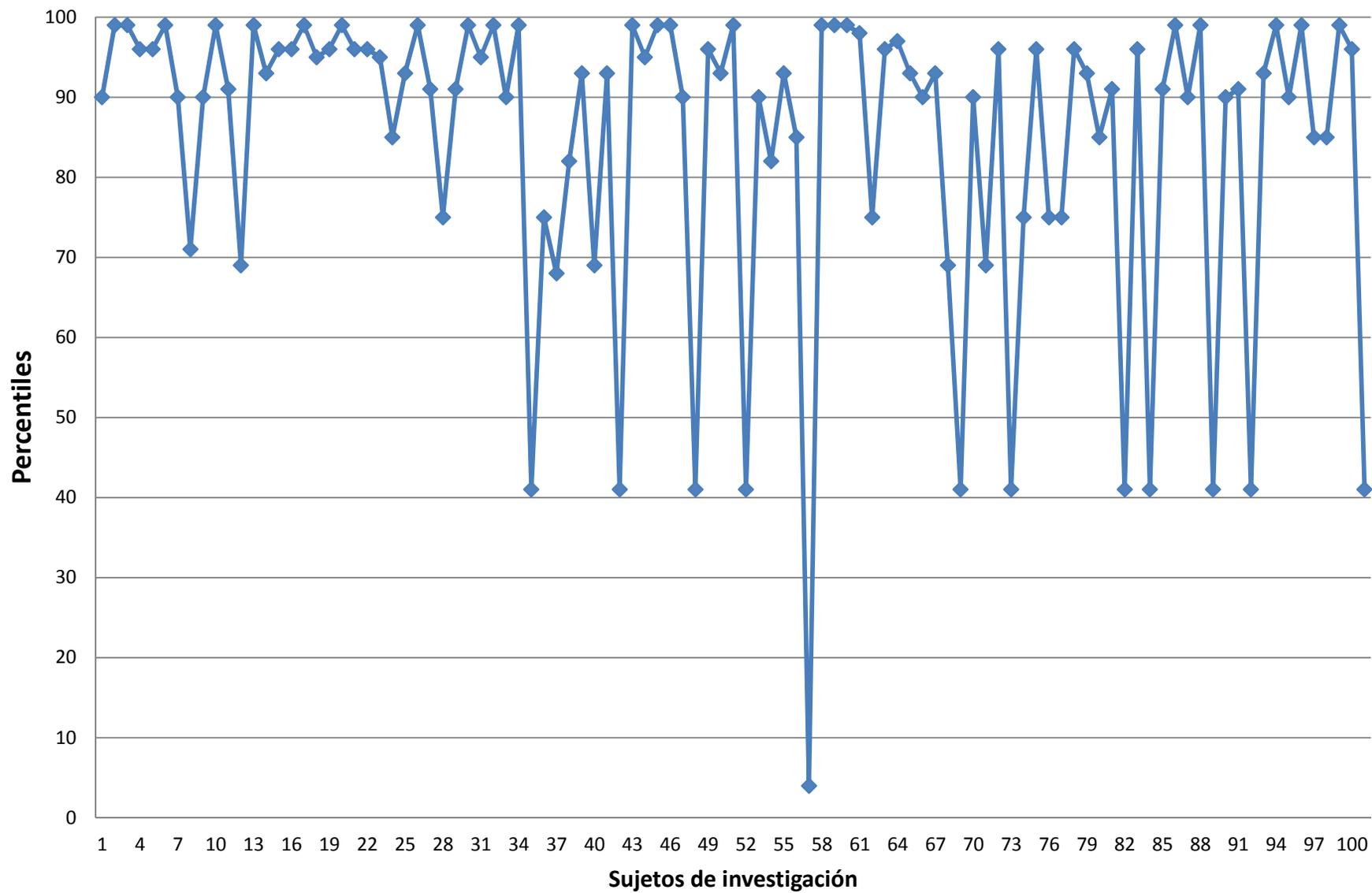
Anexo 8 Miedo a la madurez



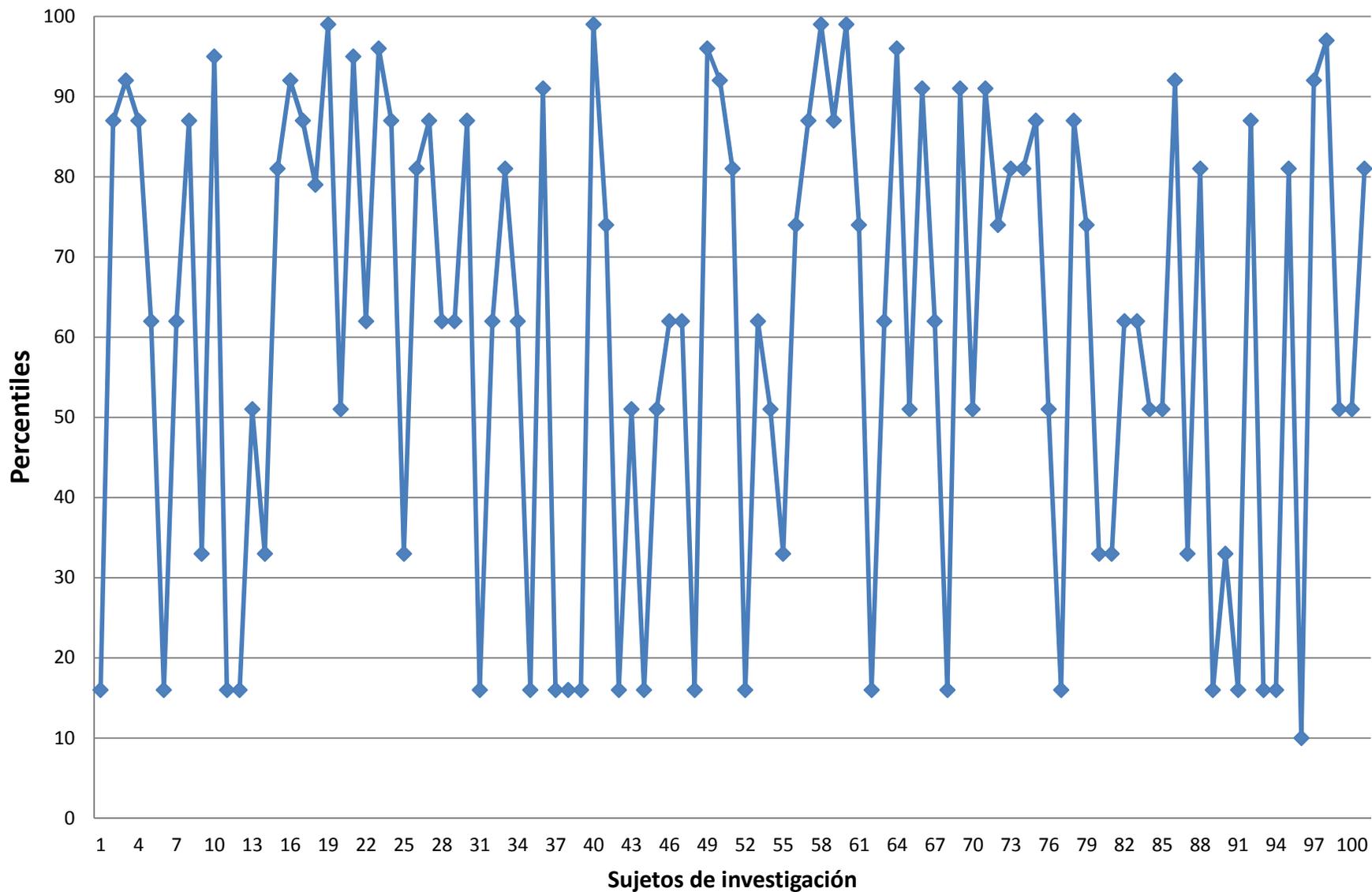
Anexo 9 Ascetismo



Anexo 10 Impulsividad

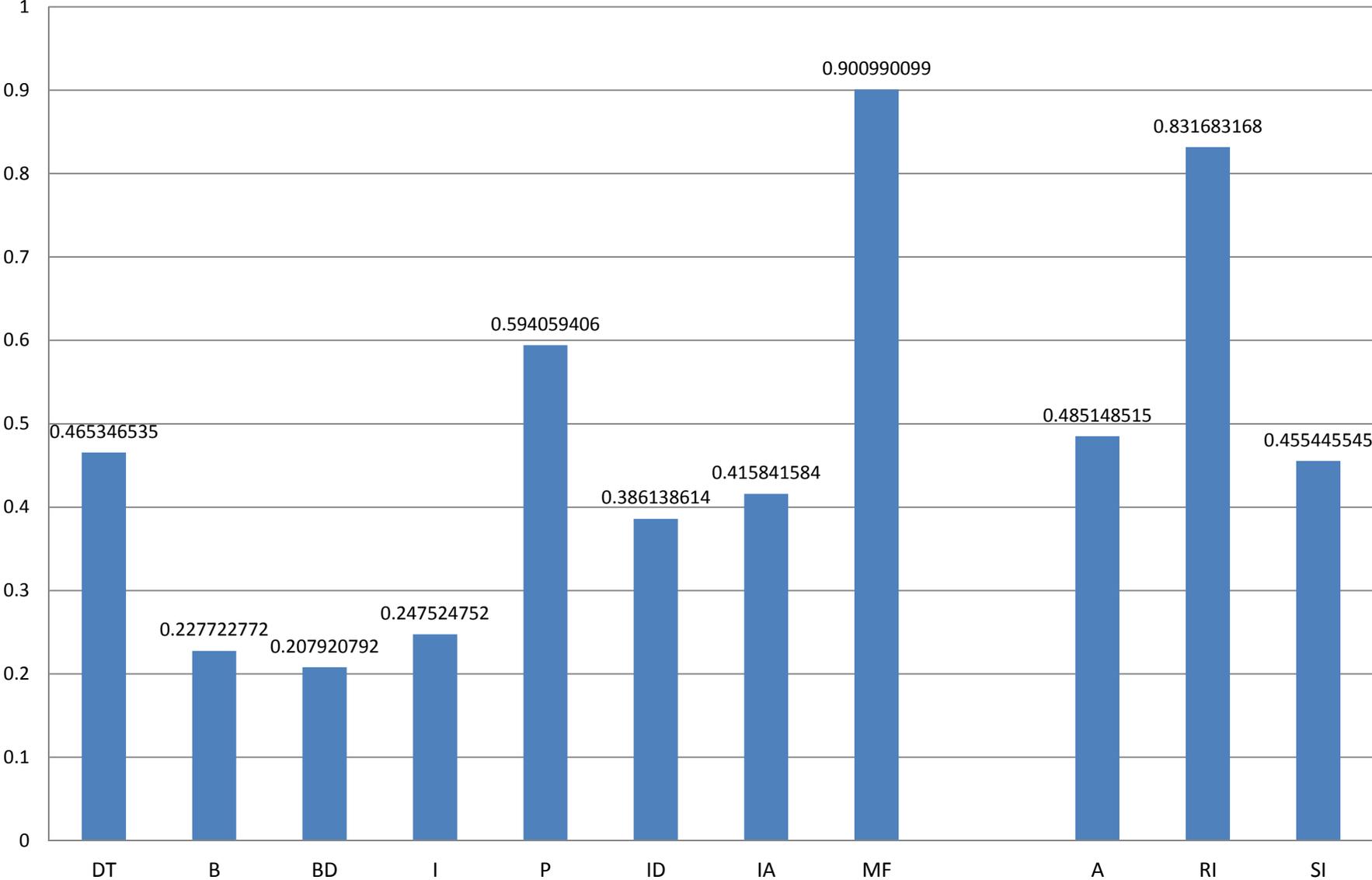


Anexo 11 Inseguridad Social



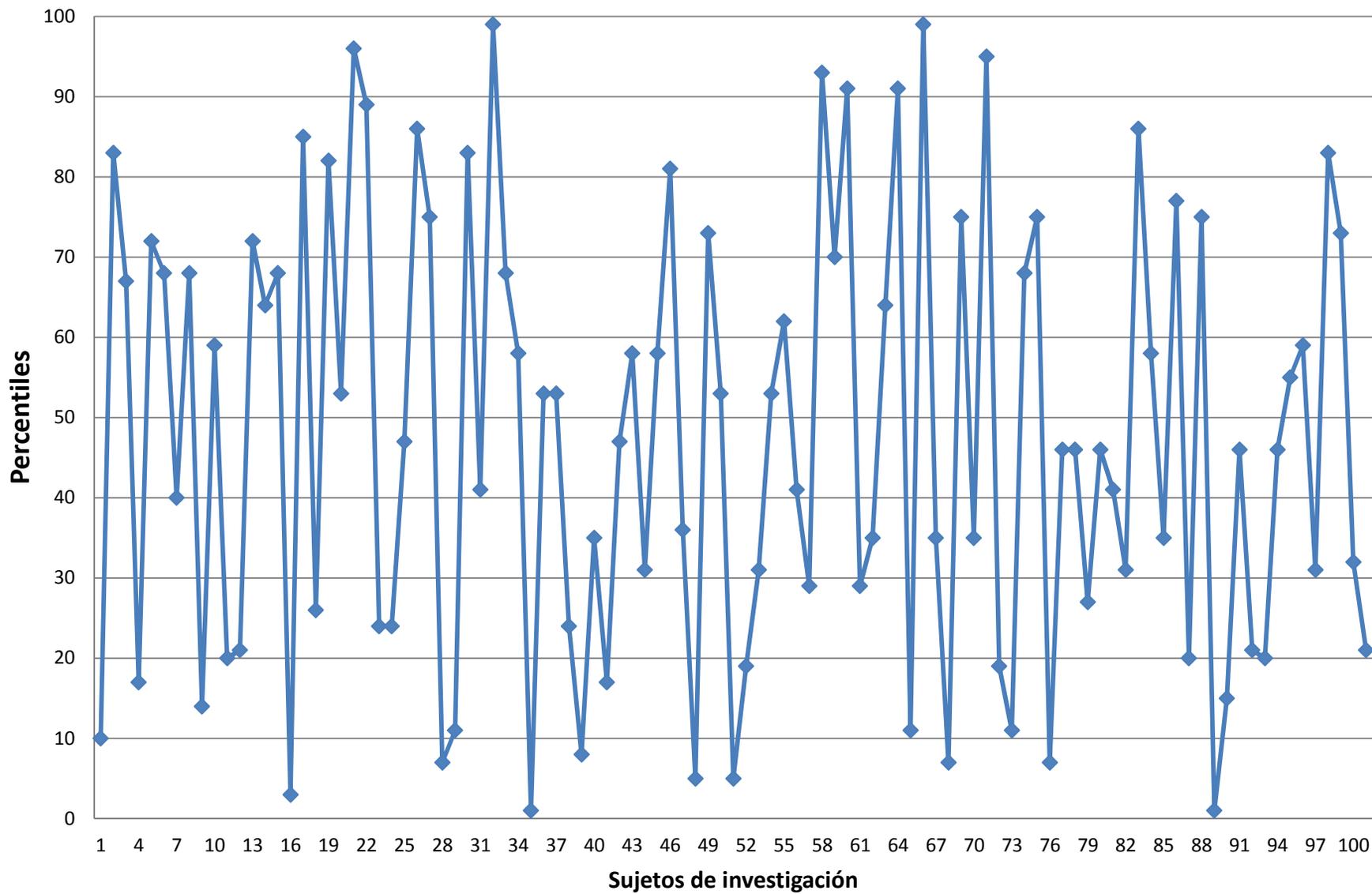
Anexo 12

Porcentajes de sujetos con puntaje alto



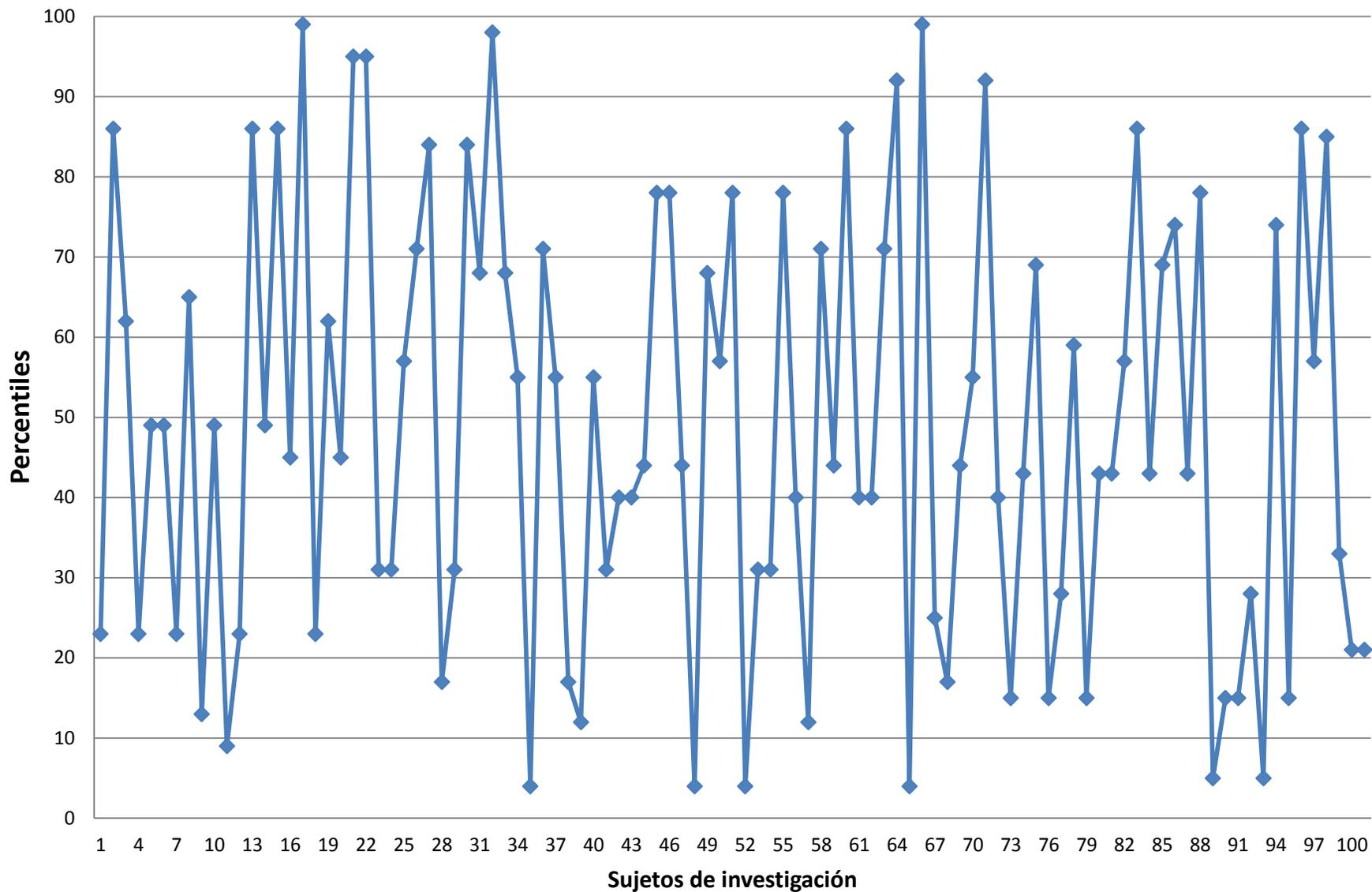
Anexo 13

Ansiedad Total



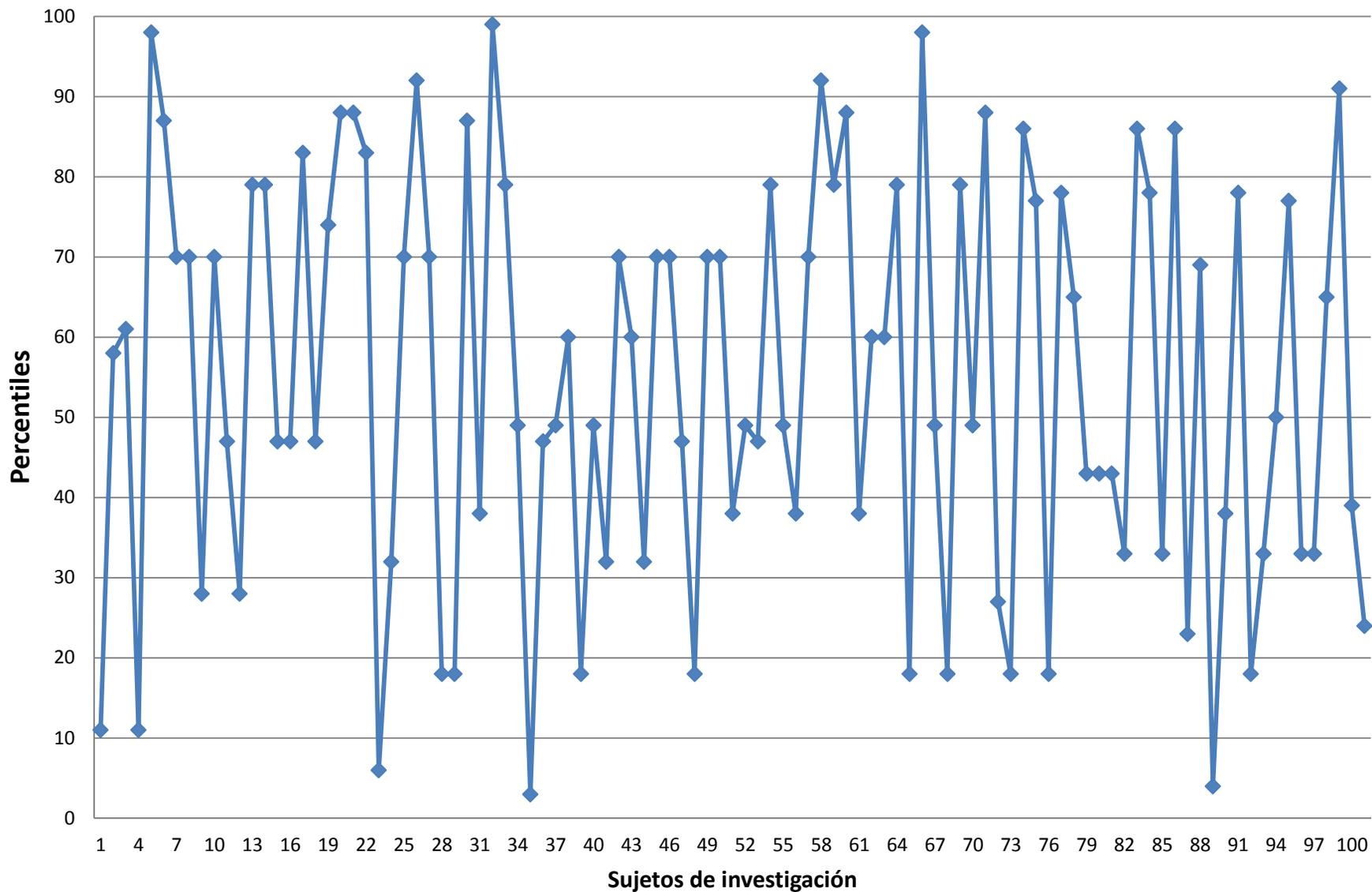
Anexo 14

Ansiedad Fisiológica



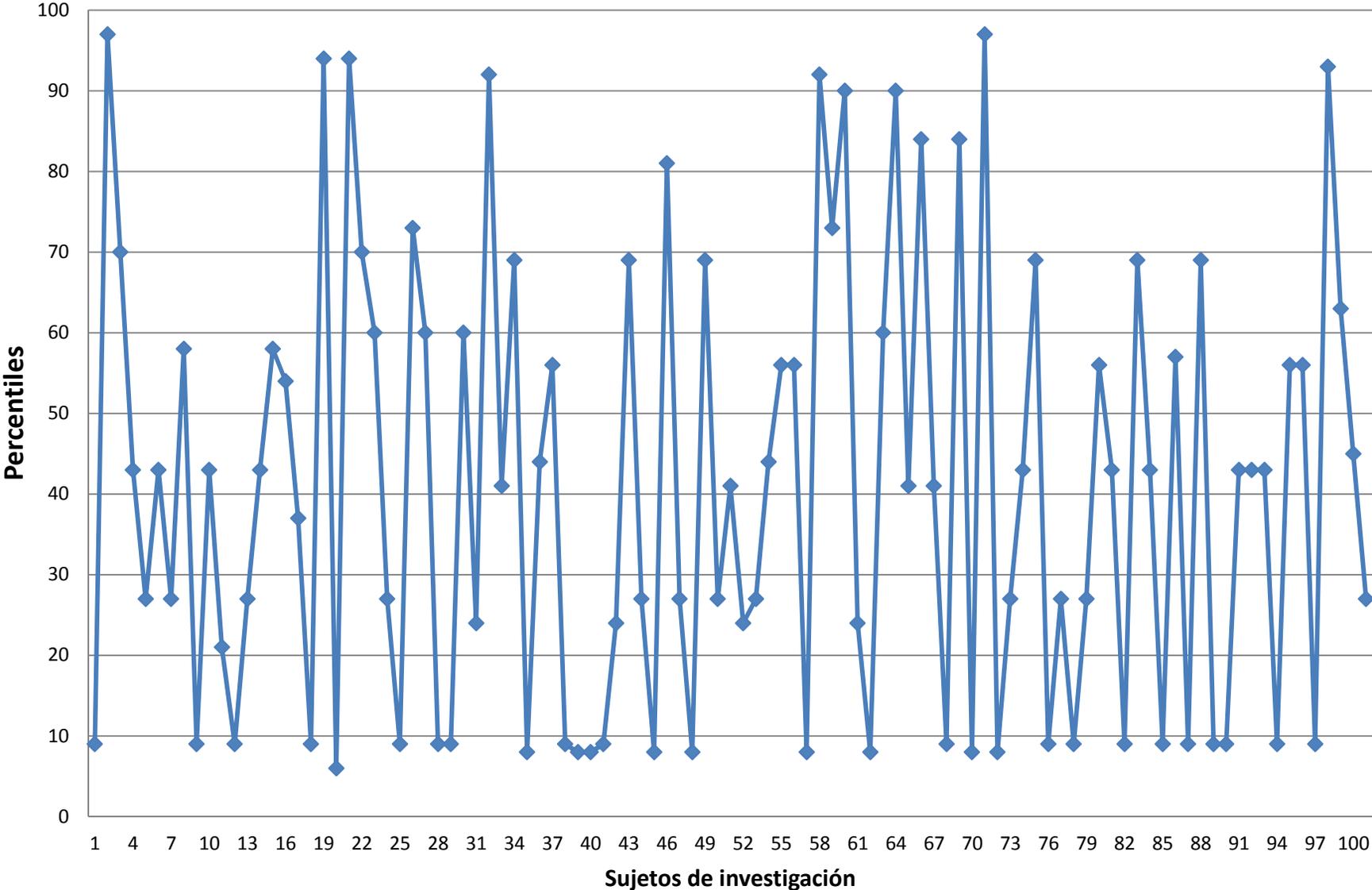
Anexo 15

Inquietud/hipersensibilidad



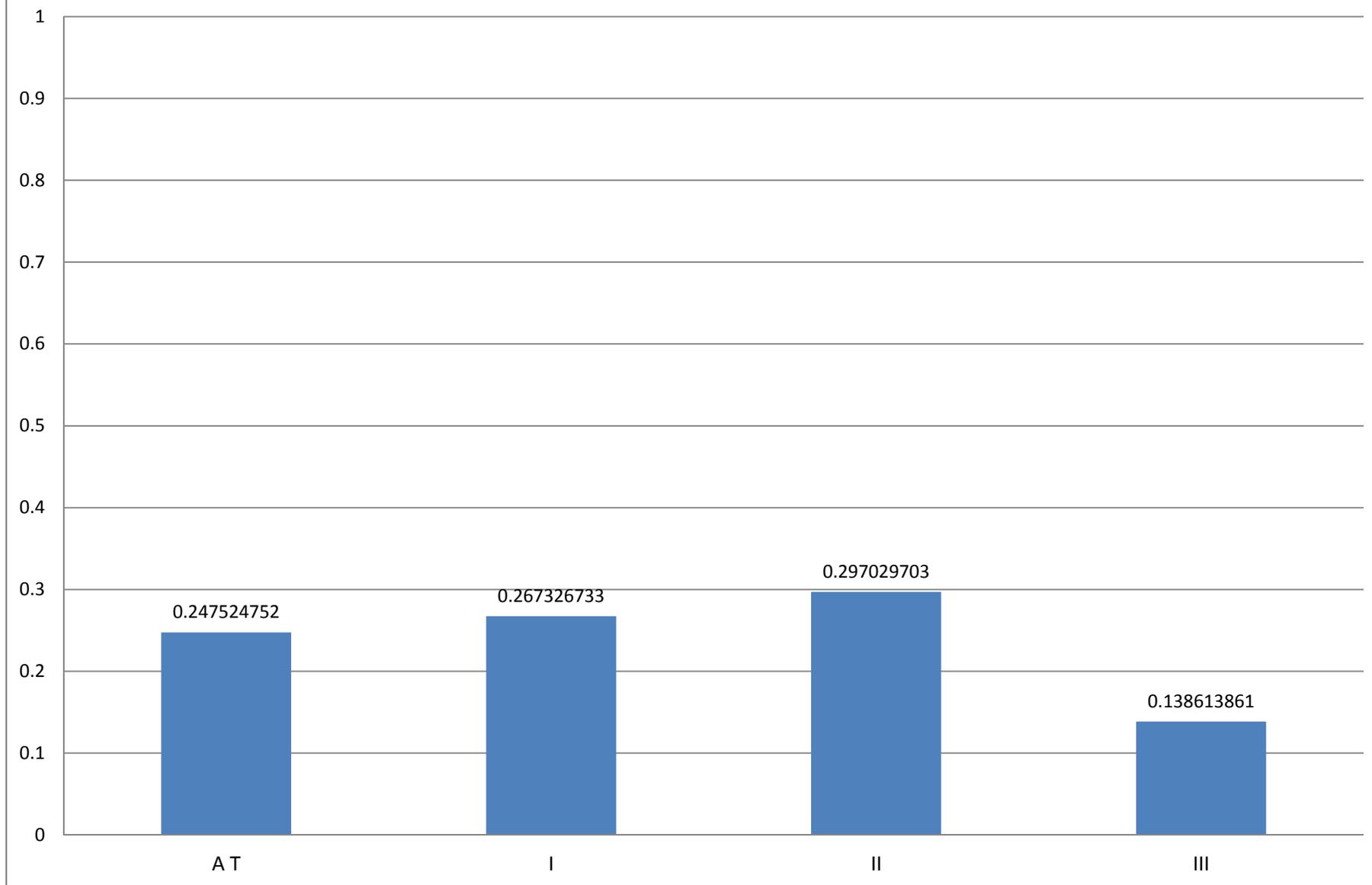
Anexo 16

Preocupaciones sociales/concentración



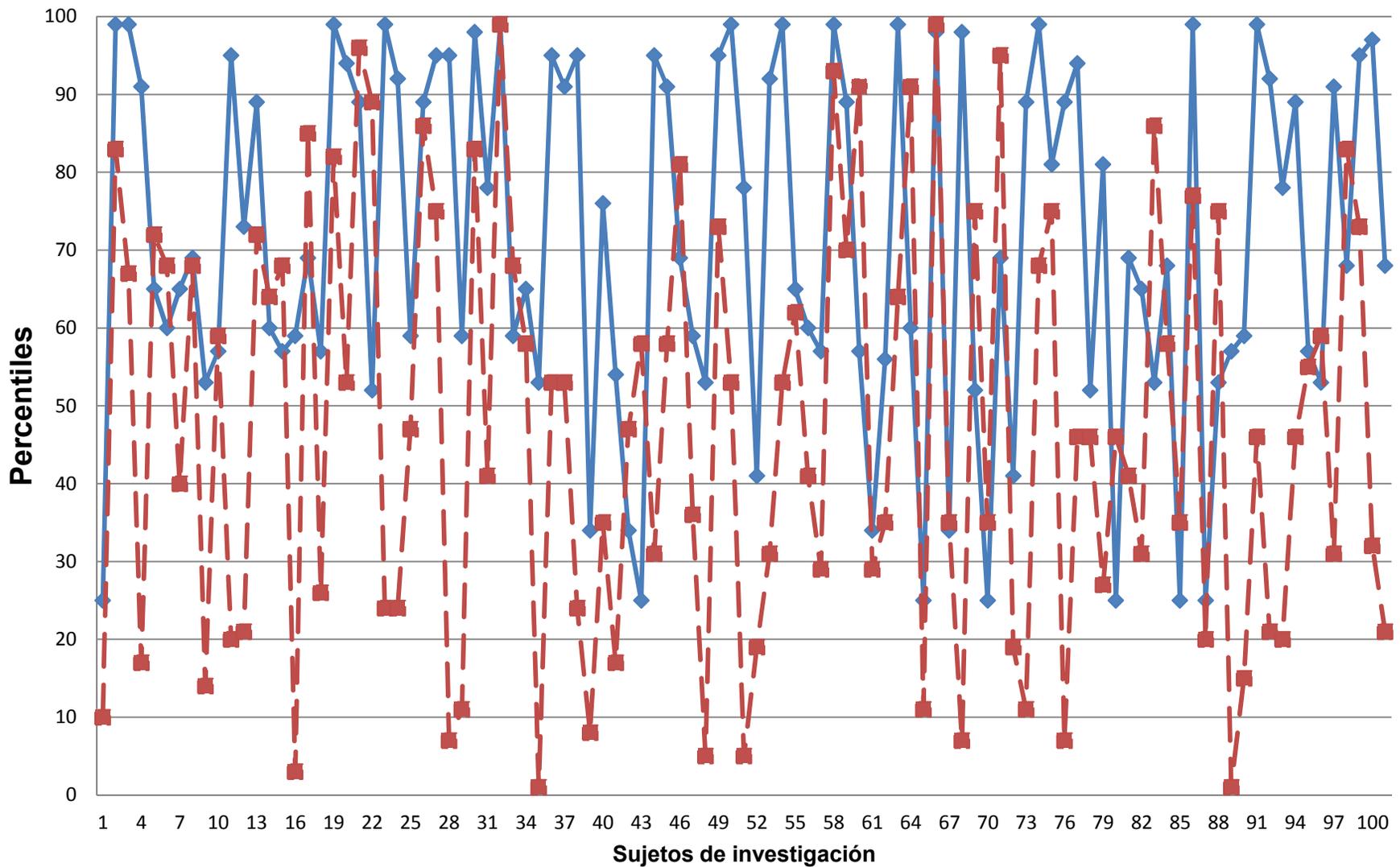
Anexo 17

Porcentajes de sujetos con puntaje alto en las escalas de estrés



Anexo 18

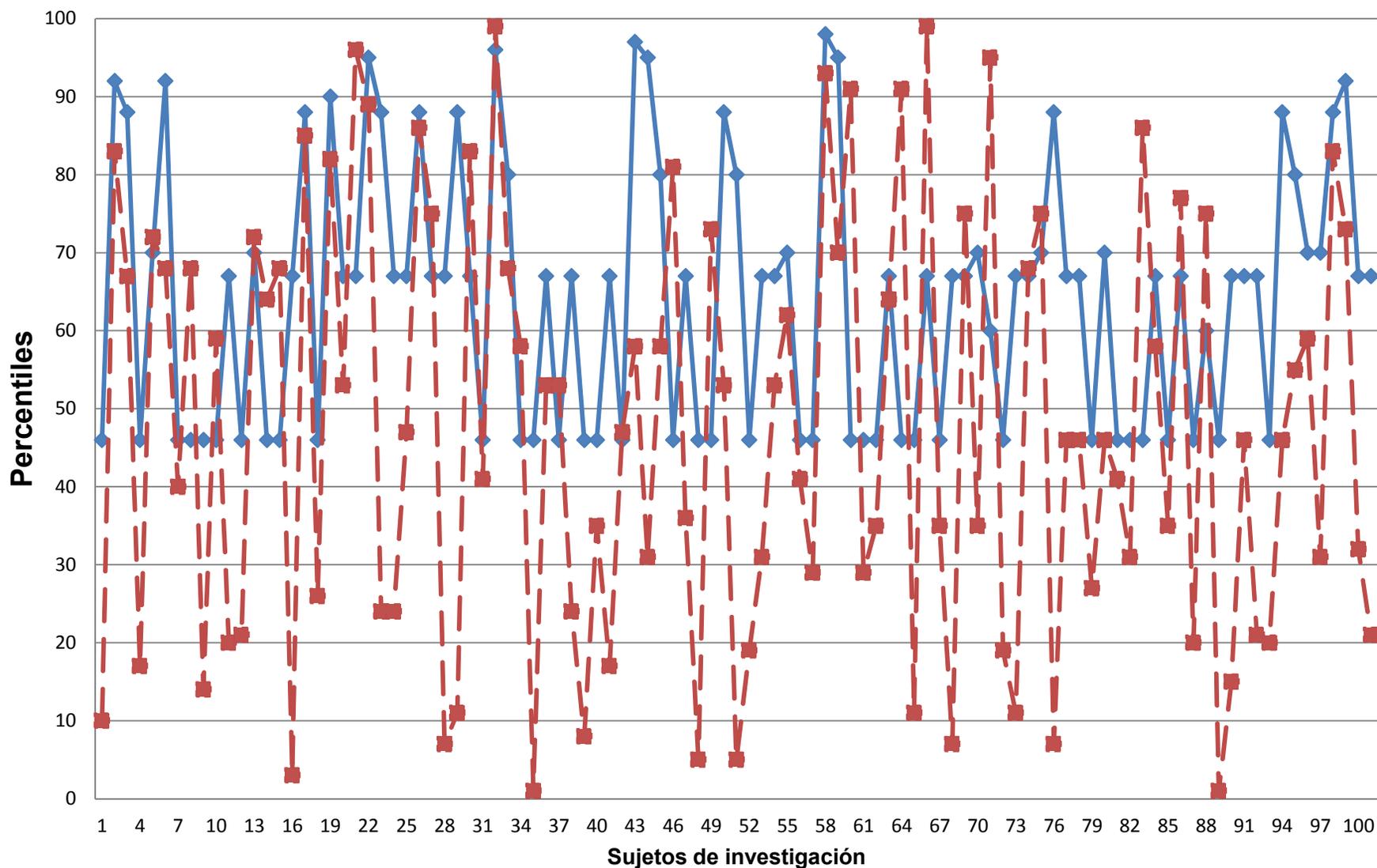
Coorelacion entre el nivel de estres y la obsesion por la delgadez



—◆— Obsesion por la delgadez -■- Nivel de estrés

Anexo 19

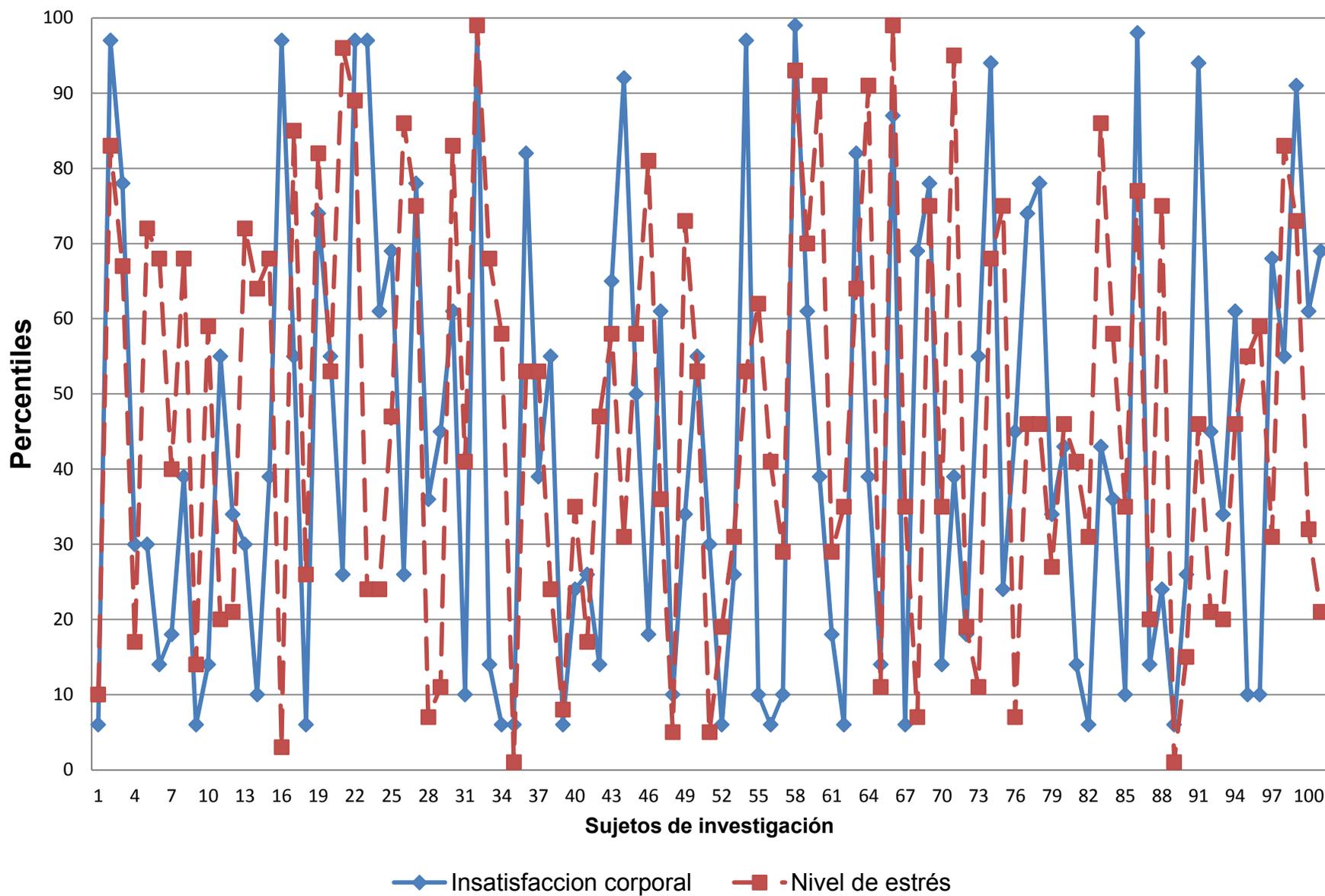
Coorelacion entre el nivel de estres y la bulimia



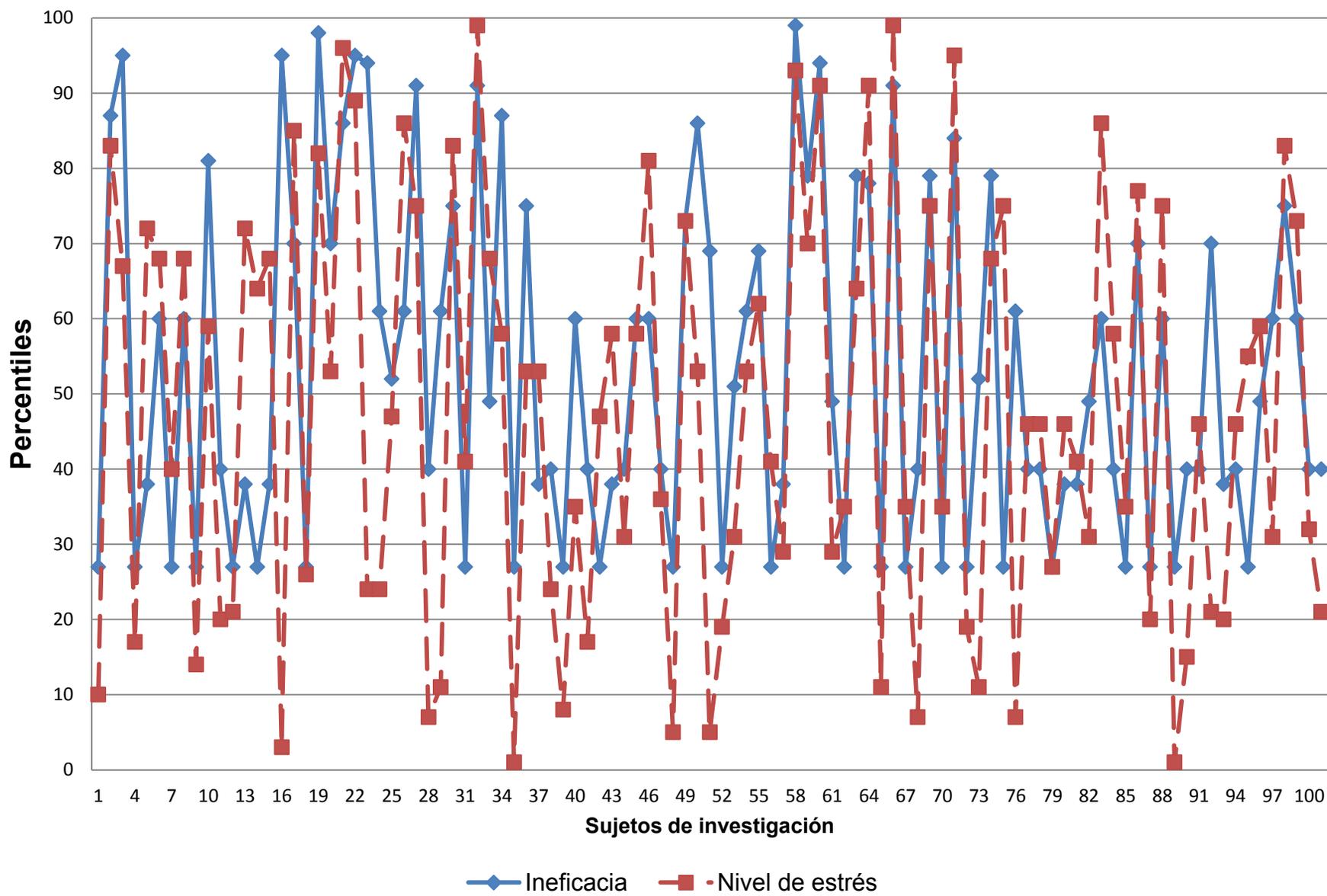
—◆— Bulimia -■- Nivel de estrés

Anexo 20

Coorelacion entre el nivel de estres y la insatisfaccion corporal

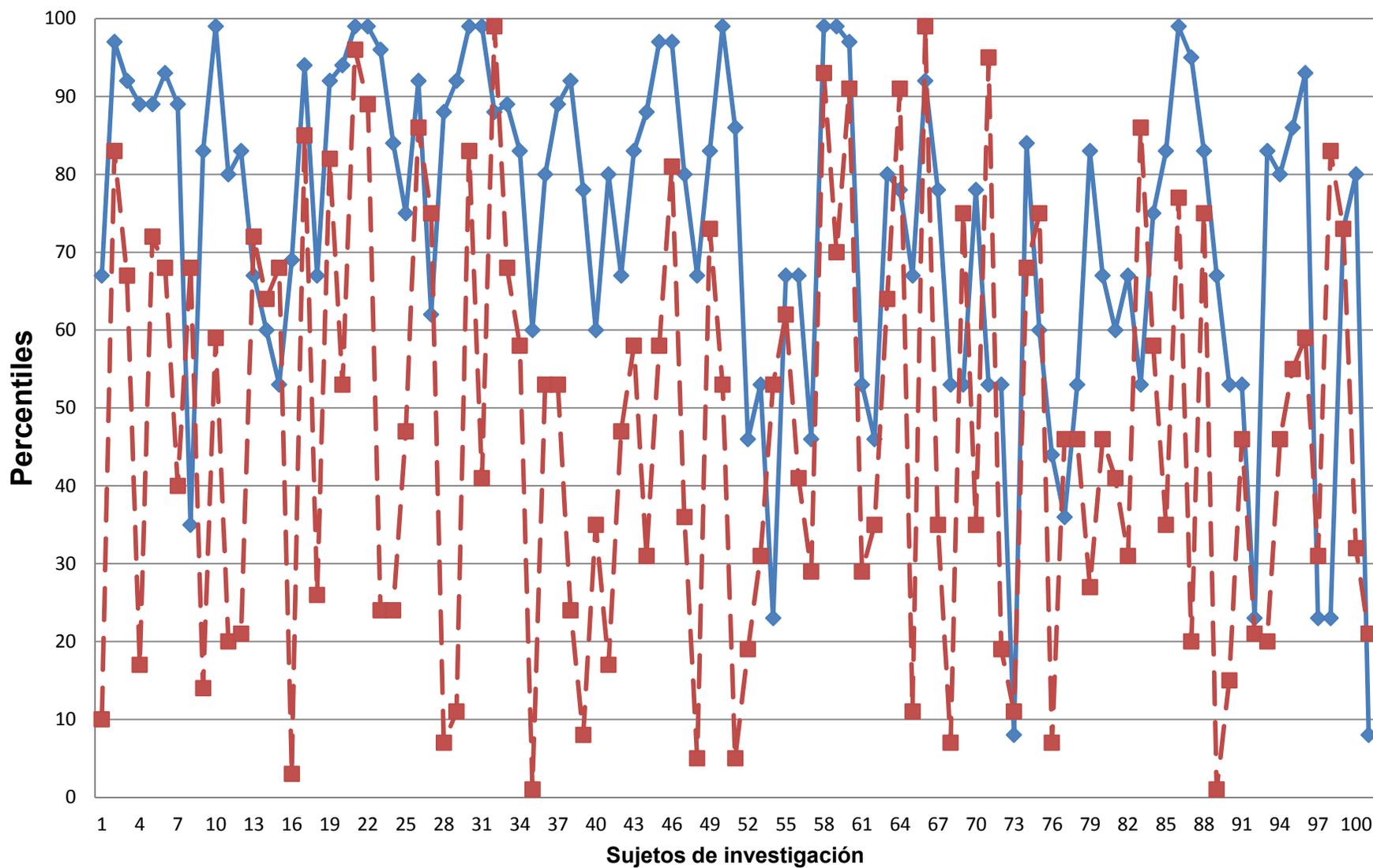


Anexo 21 Coorelacion entre el nivel de estres y la ineficacia



Anexo 22

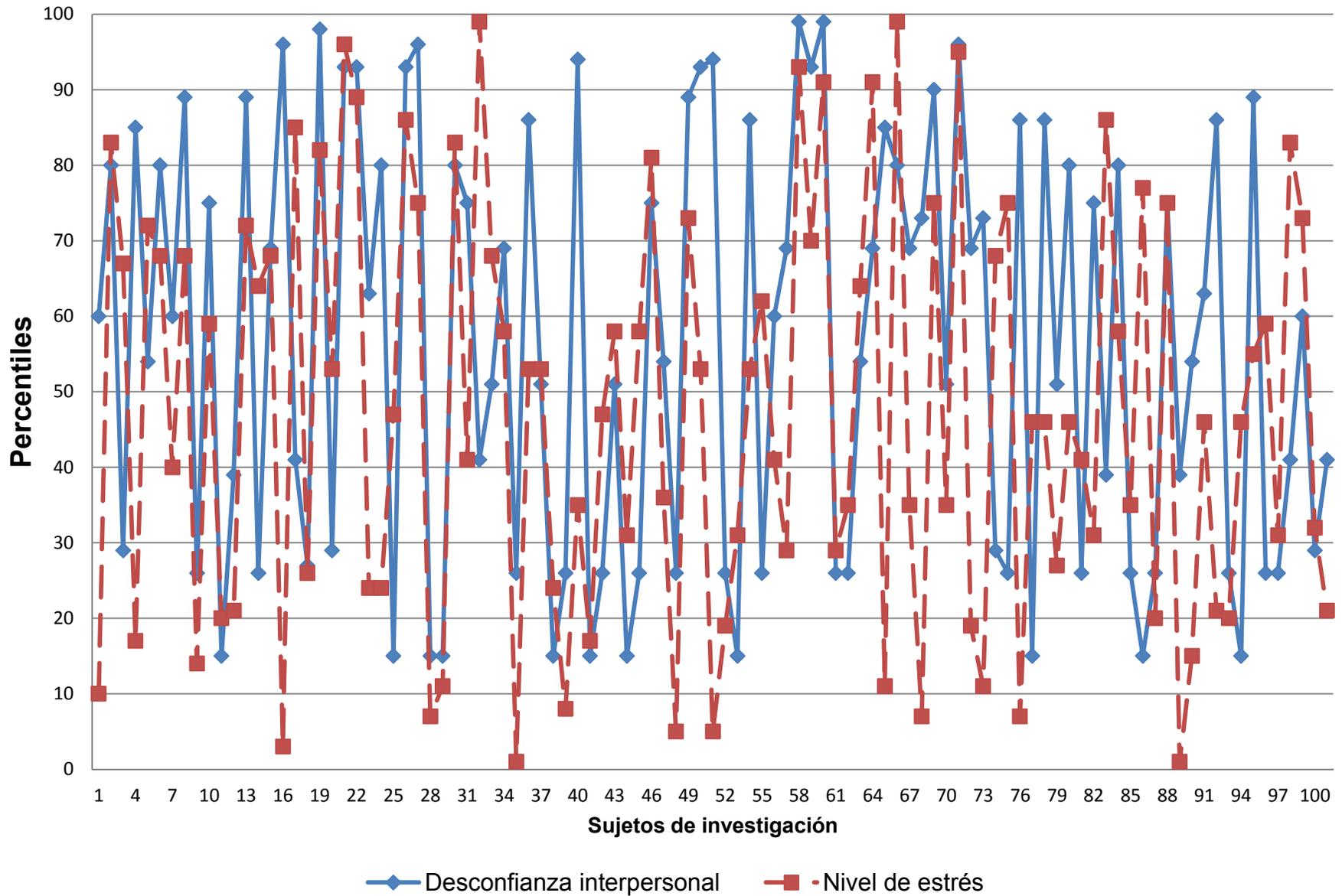
Coorelacion entre el nivel de estres y el perfeccionismo



◆ Perfeccionismo ■ - Nivel de estrés

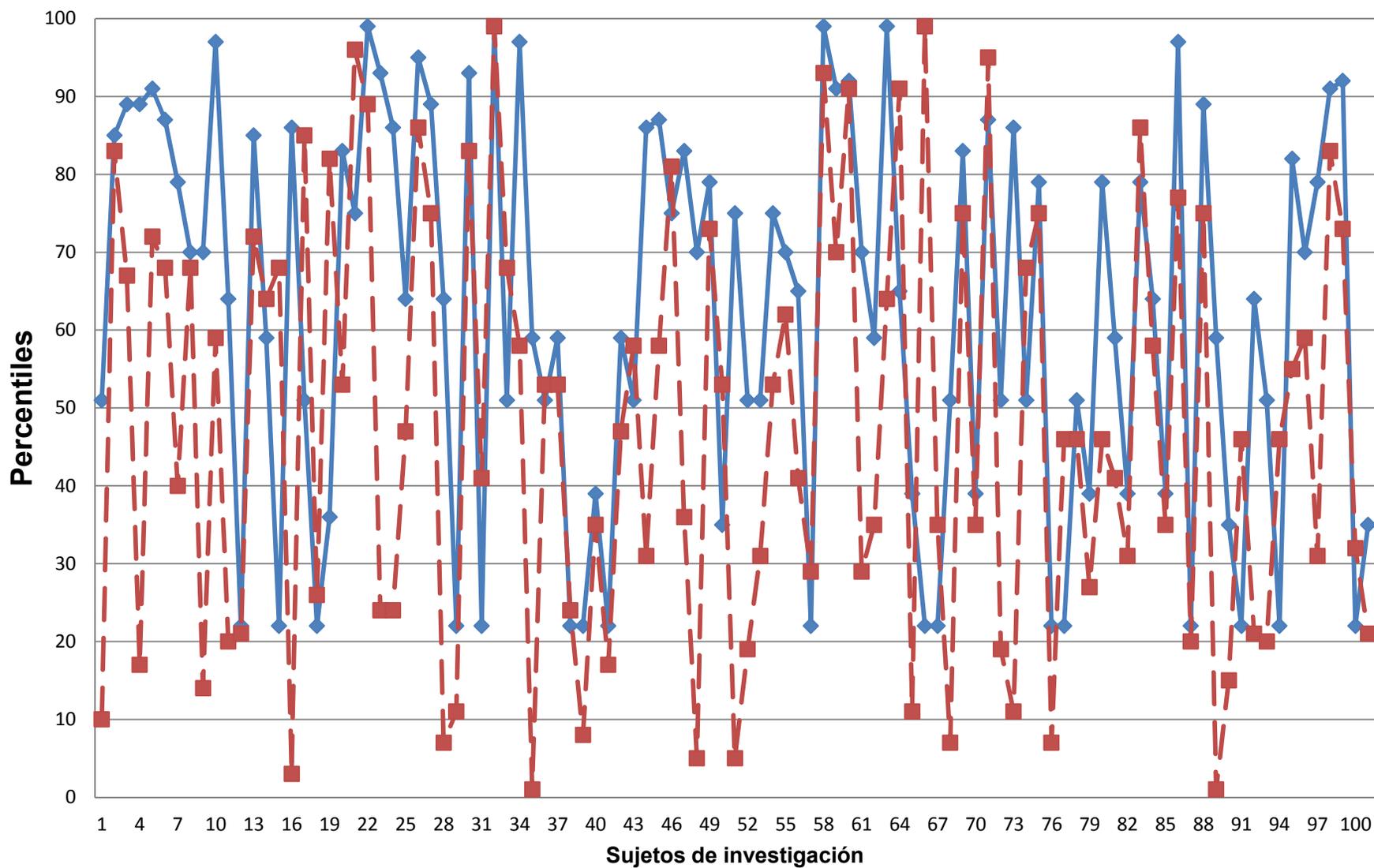
Anexo 23

Coorelacion entre el nivel de estres y la desconfianza interpersonal



Anexo 24

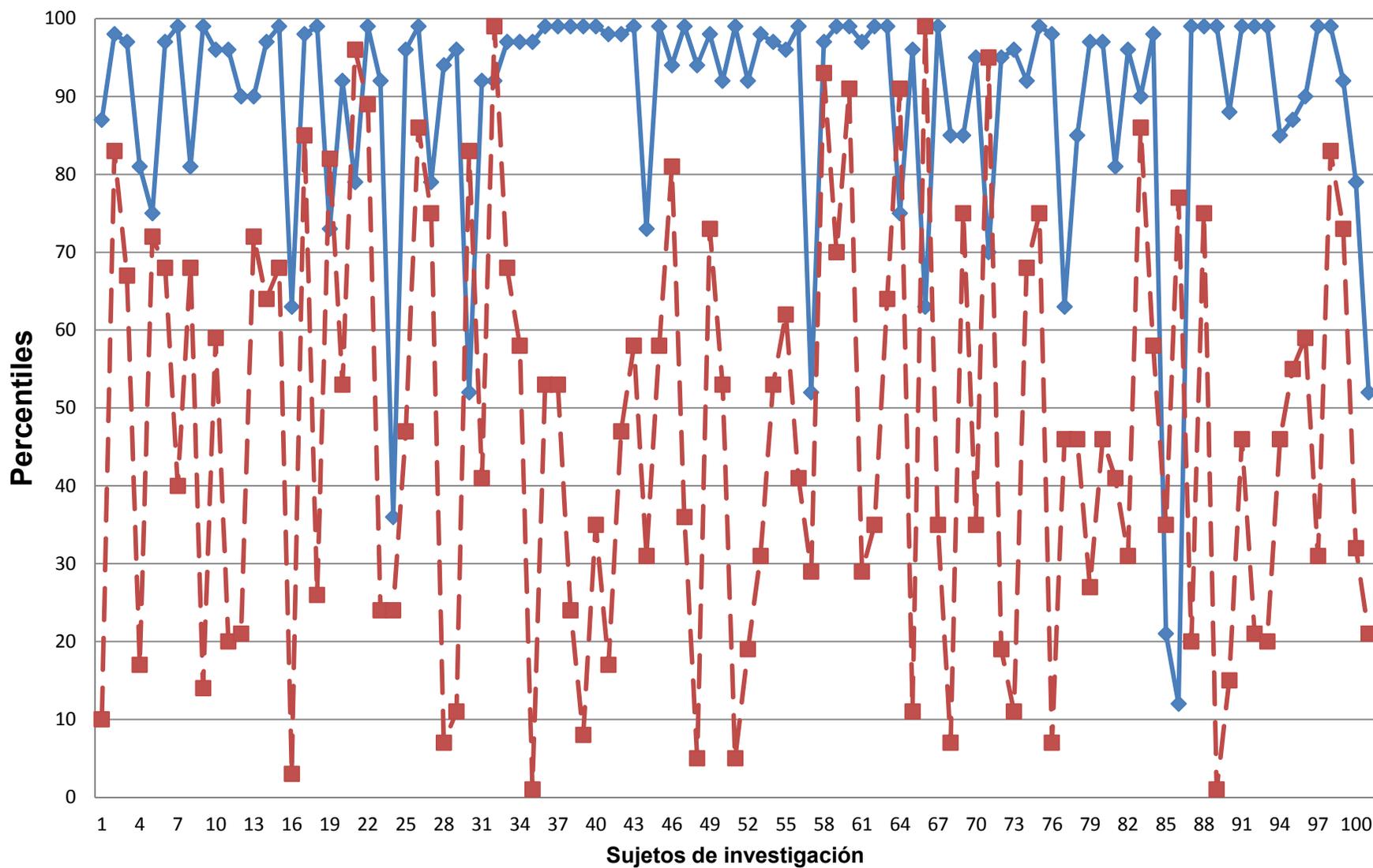
Coorelacion entre el nivel de estres y la consciencia introceptiva



—◆— Conciencia Introceptiva -■- Nivel de estrés

Anexo 25

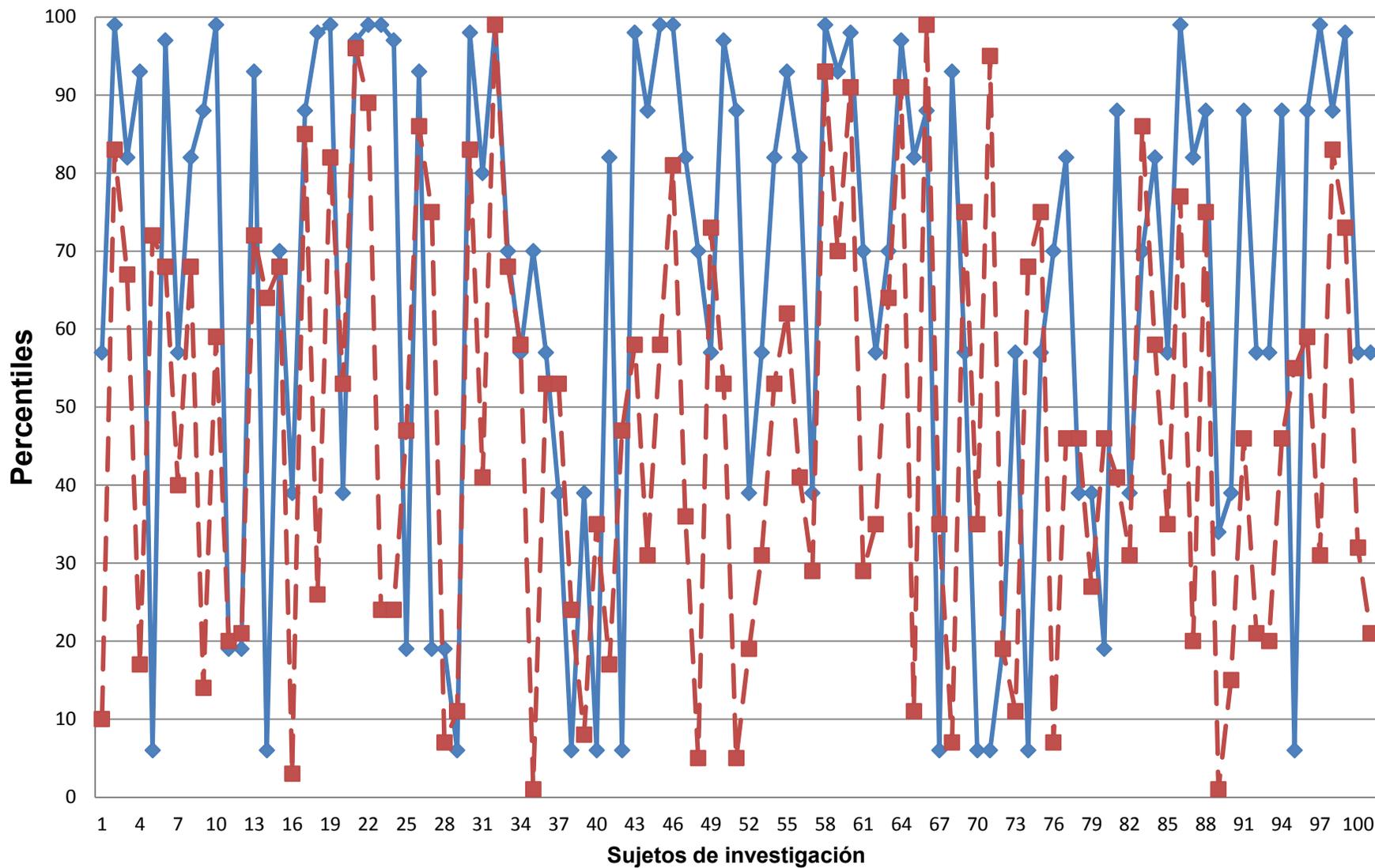
Coorelacion entre el nivel de estres y el miedo a la madurez



◆ Miedo a la madurez ■ - Nivel de estres

Anexo 26

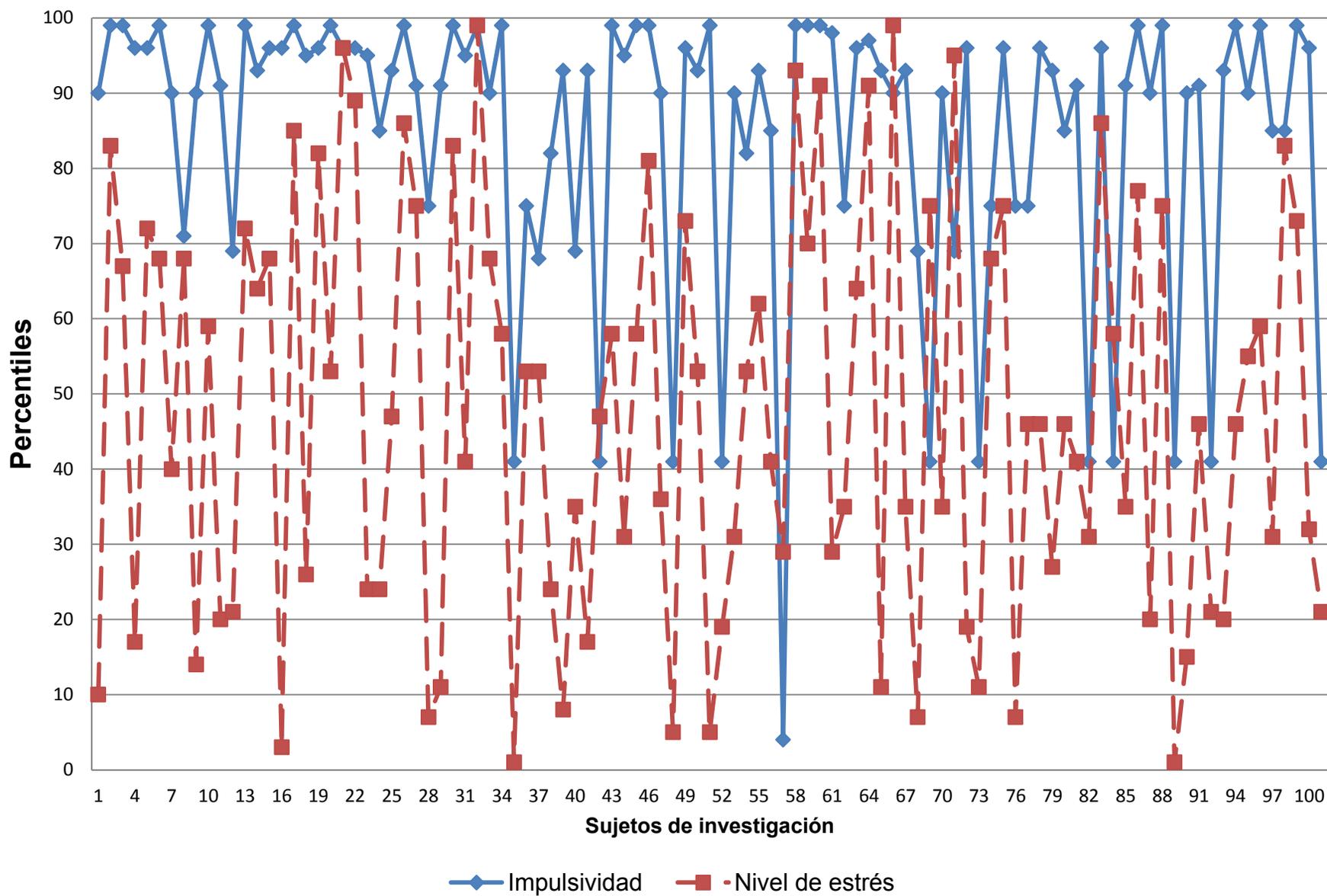
Coorelacion entre el nivel de estres y el ascetismo



—◆— Ascetismo -■- Nivel de estrés

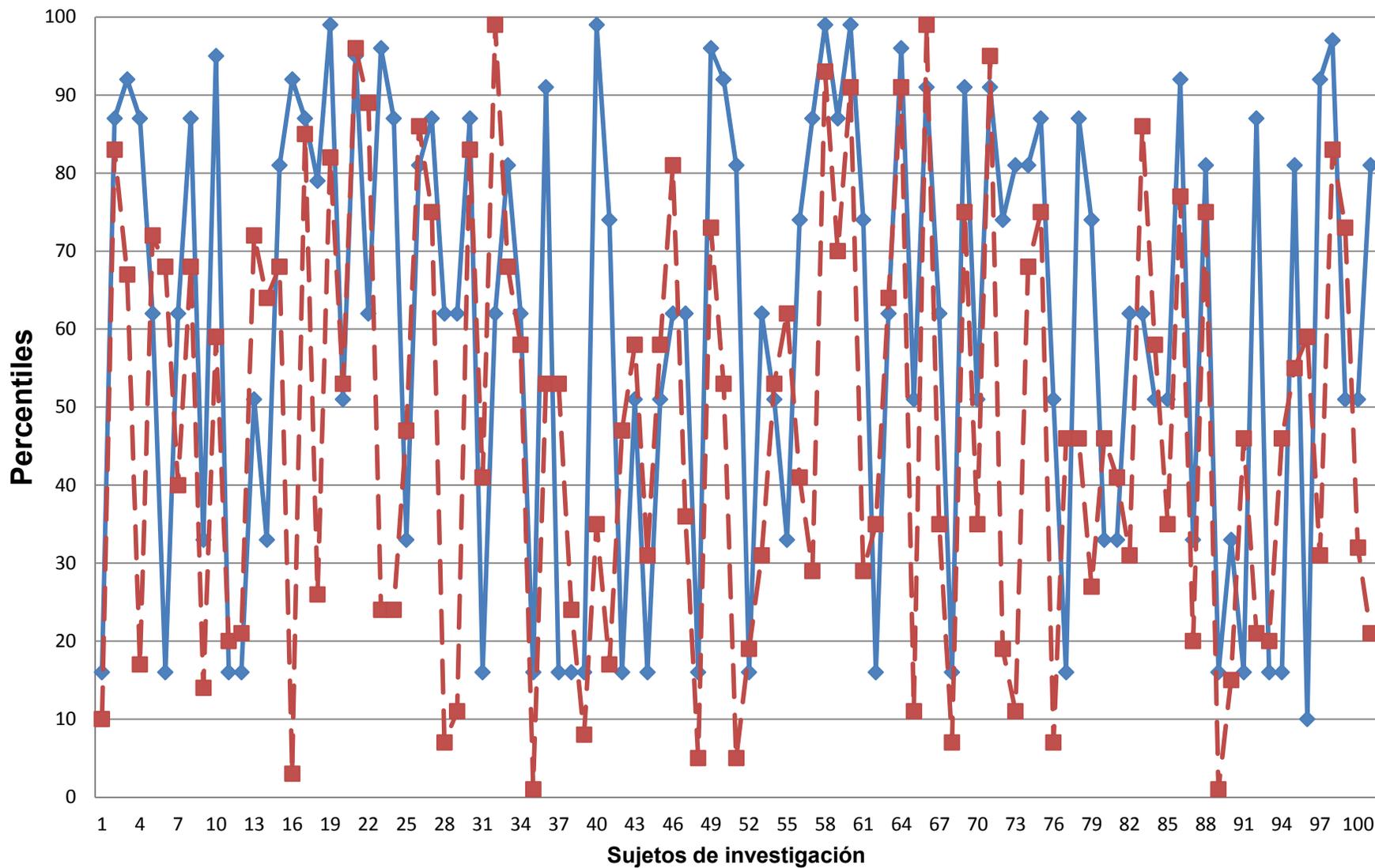
Anexo 27

Coorelacion entre el nivel de estres y la impulsividad



Anexo 28

Coorelacion entre el nivel de estres y la inseguridad social



—◆— Inseguridad Social -■- Nivel de estrés